COUNTWAY LIBRARY
HC 2ET7

PSYCHOPHYSISCHE BEHANDLUNGSMETHODEN

VON

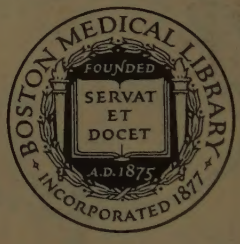
FRITZ MOHR

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

RAD BEARE
eische Buchhandlung
AMBURG

BF1925-13.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY



IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON

Psychophysische Behandlungsmethoden

von

Dr. med. Fritz Mohr
Facharzt für innere und Nervenkrankheiten
in Koblenz

1 9 2 5

VERLAG VON S. HIRZEL IN LEIPZIG

T. 4637

Copyright by S. Hirzel at Leipzig 1925
Alle Rechte vorbehalten

BF1925-13.

Printed in Germany

Vorwort.

Dieses Buch ist entstanden als Niederschlag einer mehr als zwanzigjährigen praktischen Arbeit. Es ist von dem Wunsche diktiert worden, das, was sich mir im Laufe dieser Zeit an Erfahrungen aufgedrängt hat, einem größeren Kreise von Ärzten zugänglich zu machen und dabei vor allem einer Erkenntnis zum Durchbruch zu verhelfen, die unverkennbar auf allen Gebieten der Medizin, wenn auch unter großen Widerständen seitens ihrer offiziellen Vertreter, immer mehr an Boden gewinnt, nämlich der, daß es an der Zeit ist, der Bedeutung des Psychischen die ihm gebührende Stellung einzuräumen und es in einen Zusammenhang zu bringen mit unseren physiologischen, physikalischen und chemischen Kenntnissen, der für beide Erscheinungsweisen die fruchtbarsten Ergebnisse zeitigen muß. Die Zeit der nur naturwissenschaftlichen Auffassung der Medizin ist vorüber; gebieterisch verlangt auch die psychologische, dem allgemein psychologischen Geist der Gegenwart entsprechend, ihr Recht. Wollen wir vermeiden, daß sie, wie das so manche Tatsachen des letzten Jahrzehnts beweisen, über ihr Ziel hinausschießend, uns einen Teil der großen Fortschritte, die uns naturwissenschaftliches Denken gebracht hat, raubt und uns wieder in den Strudel reiner Spekulationen hineintreibt, so gilt es, die beiden Arten der Auffassung, die naturwissenschaftliche und die psychologische, so zu vereinigen, daß sie sich gegenseitig ergänzen und befruchten.

In dem Folgenden wird, soviel mir bekannt, zum ersten Male der systematische Versuch einer solchen Verbindung zu therapeutischen Zwecken auf den verschiedensten Gebieten der Medizin gemacht. Ansätze dazu sind ja bereits in reichlichem Maße vorhanden, und es liegt mir nichts ferner, als etwas grundsätzlich Neues bringen oder irgend welche Prioritätsansprüche geltend machen zu wollen; vielmehr will ich nur eine kurze Zusammenfassung alles dessen bieten, was uns die letzten Jahre an Erkenntnissen gebracht haben, und gerade dem Mann der Praxis so die Möglichkeit geben, seine eigenen Erfahrungen damit zu vergleichen, sie in die gegebenen Tatsachen einzuordnen und dadurch zur klareren Einsicht über manche Punkte zu gelangen. Weder im

ganzen noch im einzelnen erhebe ich dabei auf irgend welche Vollständigkeit Anspruch. Anzuregen, nicht zu vollenden, schwebt mir als Aufgabe vor. Der Lückenhaftigkeit und Unvollkommenheit meiner grundsätzlich auf alle rein theoretischen Erörterungen verzichtenden Darstellung bin ich mir also voll bewußt und werde jede Ergänzung und Verbesserung dankbar begrüßen. Aber wer die Verhältnisse in der heutigen Medizin kennt, wird mir zugeben, daß ohne den Mut, den Vorwurf ungenügender „Wissenschaftlichkeit" auf sich zu nehmen, eine solche Aufgabe zur Zeit überhaupt nicht zu lösen ist. Jetzt kommt es zunächst darauf an, die Zusammenhänge im großen aufzuzeigen; die wissenschaftliche Einzelarbeit, die natürlich erst dem Ganzen den inneren Halt und die notwendige Dauer geben kann, muß dann nachfolgen.

Dessen aber bin ich gewiß: wenn die Medizin dem hier gemachten Versuche, die Bedeutung des Psychischen und der psychophysischen Wechselwirkungen auf allen für die Therapie in Frage kommenden Gebieten aufzuweisen, weiter nachgehen wird, dann winken ihr große, weit ausgreifende Einsichten und Erfolge. Dazu an einem geringen Teil beizutragen, ist der Zweck meiner Arbeit.

Koblenz, im September 1925.

Fritz Mohr.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Vorwort III
Einleitung IX

I. Psychologische Grundbegriffe 1
1. Empfindungen und Vorstellungen 3
2. Die Gefühle und Affekte 6
3. Die Willensvorgänge 18
4. Assoziation, Reproduktion, Gedächtnis 25
5. Denken und Erkennen 30
6. Die Triebe 32
7. Die Temperamente 34
8. Charakter und Persönlichkeit 37
9. Bewußtes und Unbewußtes 38
10. Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens 42

II. Physiologische Erklärungen psychischer Erscheinungen 44

III. Tatsachenmaterial über psychophysische Wechselwirkungen 53
1. Experimentelles über Ausdrucksbewegungen und andere psychophysische Beziehungen 53
2. Klinische Beobachtungen 68
Organneurosen 68
Sogenannte „rein organische“ innere und Nervenkrankheiten 74
Gelenkrheumatismus 98
Erkältungssymptome 99
Nierenerkrankungen 100
Chronische Nephritis 100
Schrumpfniere 102
Gallenblasenentzündung 103
Asthma 104
Osteomalazie 108
Blasenkatarrh 109
Multiple Sklerose 111
Hautkrankheiten 117
Frauenkrankheiten 132
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten 138
Augenkrankheiten 146
Chirurgie 151
3. Die direkten Einflüsse des Körpers auf die Psyche 152
4. Einiges über die Grundlagen psycho-physischer Wechselwirkung 154

Seite

IV. Die psychophysischen Behandlungsmethoden 162

1. Von der körperlichen Seite ausgehende Methoden 162
   a) Allgemeines über therapeutische chemische und physikalische Reize und ihre psychische Wirkung 162
   b) Die primär- und sekundär-psychischen Wirkungen chemischer Reize . . 167
   c) Die primär- und sekundär-psychischen Wirkungen physikalischer Reize . 178
   d) Reizerinnerungs- und Reizassoziationsmethode 202

2. Von der psychischen Seite aus angreifende Methoden 204

A. Hypnose 204
   Erscheinungen der tiefen Hypnose 205
   Erscheinungen der oberflächlichen Hypnose 210
   Posthypnotische Erscheinungen 211
   Hypnotisierbarkeit 212
   Die Technik der Hypnose 215
   Physiologische und psychologische Erklärungsversuche der Hypnose . . 227
   Die verschiedenen Hypnotisierungsmethoden 228
      Verbalsuggestionsmethode 228
      Fixationsmethode 230
      Faszinationsmethode 231
      Körperliche Einwirkungsmethoden 231
      Fraktioniertes Verfahren nach Vogt, Dressur 238
   Dauer der therapeutischen Hypnose 240
   Erweckung aus der Hypnose und Verhalten nachher 241
   Die Heilsuggestionen 242
   Einige Einwände gegen die Hypnose 245
   Der Rapport 247
   Indikationen und Kontraindikationen der hypnotischen Behandlung . . . 248

B. Wachsuggestionstherapie 250

C. Behandlung durch Ablenkung, Überrumpelung und Einschüchterung . . 253

D. Die kathartische Methode 255

E. Die Freudsche Psychoanalyse 268
   Die Methodik. Die Einfälle 269
   Die Traumdeutung 276
   Die Fehl- und Symptomhandlungen 285
   Der Witz 291
   Das Assoziationsexperiment 291
   Die psychoanalytische Auffassung seelischer Vorgänge 296
   Indikationen und Gegenindikationen der Psychoanalyse 306
   Weiterbildung der Freudschen Psychoanalyse 308
   Adlers Auffassung 308
   Jungs Auffassung 312

F. Aktive Psychoanalyse (analytisch-synthetische Übungsbehandlung) . . . 314
   Mittel zur Überwindung des inneren Widerstandes 318
   Die Übertragung 321
   Die Erkenntnis der Zusammenhänge 324
   Praktische Beispiele zum Zwecke der Unterstützung der Erkenntnis der Zusammenhänge 327
   Abreagieren 337
   Zusammenfassung des Vorgehens bei der aktiven Psychoanalyse 339

Seite

G. Aufklärungsbehandlung und Psychopädagogik 345
Willenstherapie (einschließlich Arbeits- und Beschäftigungstherapie) . . 353
Übungen der Willenstätigkeit 359
Übungen in der Tatenergie 359
Übungen in der Hemmungsenergie 365
H. Autosuggestivübungen 368
I. Exerzitienähnliche Übungen 374

V. Die psychophysische Behandlung einzelner Krankheiten 380
Motilitätsstörungen 380
Das Stottern 384
Störungen der Harnentleerung 385
Onanie 387
Die Störungen der männlichen Potenz 388
Die Perversionen 400
Angstzustände 407
Depressionszustände 411
Die Zwangsneurosen 418
Nervöse Allgemeinstörungen 420
Schlafstörungen 420
Schmerzzustände 422
Zur Psychopathologie der Süchte 434
Epileptischer Symptomkomplex 440
Geisteskrankheiten 446
Organische Krankheiten 454
Literaturverzeichnis 462
Namenregister 474
Sachregister 477

Einleitung.

Nachdem die Medizin jahrzehntelang rein naturwissenschaftliche Wege gegangen ist und dabei in theoretischer, experimenteller und vorbeugender Hinsicht Großes geleistet hat, meldet sich allmählich in vielen Zeichen eine gewisse Enttäuschung über die verhältnismäßig geringen Ergebnisse, die man, wenigstens in den nichtchirurgischen Disziplinen, bei zahlreichen wichtigen Erkrankungen bezüglich der Behandlung zu verzeichnen hat. Es ist kein Wunder, daß man unter diesen Umständen nach neuen Hilfsmitteln sich umzusehen beginnt. Die glänzende Entwicklung, die die psychische Behandlung der Neurosen in den letzten Jahrzehnten genommen hat, zugleich auch der ganze Geist der Zeit, legten die Frage nahe — eine Frage, die von weitschauenden Männern wie Krehl u. a. schon lange aufgeworfen worden war —, ob nicht doch auch von dieser psychischen Seite her etwas für die anderen Gebiete der Medizin zu gewinnen sei. Die gleichzeitig einsetzende starke Betonung des Funktionellen, des Zielstrebigen, Teleologischen in der Biologie kam dieser Neigung entgegen. So fanden allmählich immer mehr Ärzte den Mut, die Dinge anders zu sehen, als es die Jahrzehnte vorher gewohnt gewesen waren, und heute können wir schon über ein recht großes Material verfügen, das beweist, wie das Psychische in der ganzen Medizin eine überragende Rolle spielt.

Will man das unendlich große Gebiet psychophysischer Zusammenhänge mit Bezug auf die Therapie darstellen, so kann man das natürlich nach vielen Richtungen hin nur in Andeutungen tun. Dabei habe ich mich lediglich von praktischen und didaktischen Gesichtspunkten leiten lassen und möchte daher mit wenigen Worten den Aufbau dieses Buches begründen.

Vorauszuschicken war eine kurze Einführung in die den meisten Ärzten, teilweise sogar denen, die heute schon psychotherapeutisch tätig sind, doch noch recht fremde Psychologie. Dabei habe ich mich be-

müht, so einfach wie möglich zu bleiben, habe mich daher im wesentlichen an die menschlichste der mir bekannten Psychologien, an die von Höffding, gehalten und die anderen Autoren nur, wo sie Wichtiges zu sagen hatten, herangezogen. Auf eine Menge von Fragen, die sich gerade für die Psychologie krankhafter Zustände ergeben, bin ich bewußt nicht eingegangen, weil sie zum Teil in späteren Kapiteln berührt werden, zum Teil nicht als unbedingtes Erfordernis des Verständnisses für unsere Zwecke anzusehen sind.

Unter Berücksichtigung des bei der Mehrzahl der Ärzte noch heute vorhandenen Drangs, nur naturwissenschaftlich Formuliertes als exakt anzusehen, habe ich dann des weiteren zu zeigen versucht, daß sie, auch wenn sie auf dem ursprünglichen Boden stehen bleiben wollen, sich die psychischen Tatsachen auch physisch umdeuten können. Es kam mir dabei nur darauf an, in allgemeinsten Zusammenhängen zu zeigen, wie sich Psychologisches auch physiologisch ausdrücken läßt[1]).

Dann war möglichst viel Tatsachenmaterial mitzuteilen. Ich habe dabei das ausgesucht, das einigermaßen sicher ist, habe absichtlich alle theoretischen Auseinandersetzungen vermieden, die ja bei einer Einführung doch nur verwirrend wirken könnten. Vor allem bin ich der Frage, wie man sich eigentlich die Wechselwirkung zwischen Seelischem und Körperlichem zu denken hat, absichtlich aus dem Wege gegangen. Praktisch wichtig, um das noch einmal zu wiederholen, ist ja nur das eine: es gibt keine Erkrankung, die nur seelisch und keine, die nur körperlich

[1]) Hier wie überhaupt in dem ganzen Buch habe ich aus Gründen der Einfachheit nur von Gehirn und Seele bzw. Physischem und Psychischem gesprochen. Natürlich bin ich mir vollkommen klar darüber, daß in Wirklichkeit seelisches Geschehen allem Lebendigen, also auch jeder einzelnen Zelle, zugeordnet werden muß und daß namentlich das Substrat vieler unbewußter seelischer Vorgänge, also alles Affektiven, Stimmungsmäßigen im autonomen, viszeralen Nervensystem, im endokrinen Apparat und in den basalen bzw. Mittelhirnteilen zu suchen ist, wogegen den Großhirnhemisphären, der Rinde, die komplizierteren sogenannten höheren bewußten seelischen Funktionen, das, was man als geistige Prozesse zu bezeichnen pflegt, zugeordnet sind. Ich kann aber keine wesentliche Klärung der Verhältnisse darin erblicken, daß man, wie Heyer (106a) es versucht hat, Geistiges und Seelisches, Vorgänge in der Rinde und solche in subkortikalen Zentren bzw. im autonomen Nervensystem für die hier vorliegenden Zwecke scharf voneinander trennt: was wir tatsächlich wissen, ist doch nur, daß alle diese Vorgänge immer und überall aufs innigste miteinander verbunden sind, daß erst ihr Zusammenspiel das ergibt, was man Leben nennt und daß Heilungsvorgänge nur der anzuregen vermag, der intuitiv bald diese, bald jene Seite zu benützen versteht.

ist. Beide Seiten fließen dauernd ineinander über, und zwar um so mehr, je tiefer wir die Zusammenhänge verfolgen.

Das Tatsachenmaterial läßt sich in experimentelles und klinisches sondern. Beide ergänzen sich. Von klinischen Beobachtungen habe ich im wesentlichen nur angeführt, was ich selbst erlebt habe. Es hätte sich leicht in größtem Umfange erweitern lassen; aber das Wenige wird für unsere Zwecke zunächst genügen. Auch hier habe ich einfache Mitteilungen von Tatsachen für wichtiger gehalten als theoretische Bemerkungen über ihren Wert oder Unwert als Beweismaterial. Daß von diesem Gesichtspunkt aus vieles anfechtbar, vielleicht auch ganz anders zu erklären ist, weiß ich selbst am besten. Vor allem möchte ich eins betonen: es fällt mir selbstverständlich nicht ein, zu glauben, die Möglichkeit, einen Zustand psychisch zu beeinflussen, sei immer an sich schon ein Beweis für seine psychische Entstehung. Dagegen bin ich allerdings der Ansicht, daß es immer ein Beweis für die wesentliche Mitbeteiligung psychischer Faktoren ist. Und das zu zeigen lag mir ob.

Die Darstellung der direkten Einflüsse des Körpers auf die Psyche ist an sich viel zu kurz gekommen. Aber ich habe den Eindruck, daß dies Kapitel den meisten Ärzten aus der Praxis bei der ganzen Art des medizinischen Unterrichts viel mehr bekannt ist, als das über den Einfluß der Psyche auf den Körper.

Das Kapitel über die Grundlagen psychophysischer Wechselwirkung halte ich für wichtig, weil das darin Enthaltene für alles weitere von wesentlicher Bedeutung ist. Vieles, was als Grundlage der Therapie nicht immer wieder im Einzelnen ausgeführt werden konnte, findet man hier zusammengefaßt.

Manches Kopfschütteln wird der Abschnitt über die von der körperlichen Seite ausgehenden Behandlungsmethoden erwecken. Er ist, weil bisher von keiner Seite auch nur annähernd genügend und zusammenfassend bearbeitet, am lückenhaftesten. Wenn meine Ausführungen aber die Wirkung haben, kräftig zum Widerspruch zu reizen und zur Nachprüfung und weiteren Bearbeitung dieses Gebietes herauszufordern, so nehme ich die Zensur „ungenügend“ gerne mit in Kauf. Wer sie ausspricht, soll aber dann auch beweisen, daß er es besser machen kann.

Die Abschnitte über Psychotherapie sind von dem Gesichtspunkt möglichster praktischer Verwendbarkeit aus geschrieben. Sie stützen sich auf eine, wie ich sagen darf, sehr reiche Erfahrung an einem, allen Kreisen der Bevölkerung entstammenden Publikum. Die Psychoanalyse hat sich mir dabei, das sei ausdrücklich gesagt, immer mehr als die wichtigste und aussichtsreichste aller psychischen Methoden erwiesen. Demgegen-

über scheint es mir unwesentlich, daß ich in vielen Punkten Freuds genialen Intuitionen nicht habe folgen können. Die Hauptsachen sind und bleiben gesicherter Besitz unseres Wissens. Aber es wäre heutzutage natürlich ein Zeichen von unerlaubt engem Horizont, wenn man die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer Verbindung aller Methoden daneben verkennen wollte.

Bei der Besprechung der psychophysischen Behandlung einzelner Krankheiten habe ich mich auf eine verhältnismäßig kleine Auswahl beschränkt, weil man auf Grund der besprochenen und der vorher mitgeteilten Krankengeschichten wohl jede andere vorkommende Erkrankung im Grundsatz wird richtig anfassen können, wenn man überhaupt eine gewisse Veranlagung nach dieser Richtung hat. Diese aber wird weder durch Studium allein, noch durch Titel erworben, sondern man hat sie oder man hat sie nicht. Das Recht der Kritik gestehe ich nur denen zu, die sie haben.

I. Psychologische Grundbegriffe.

Es kann hier natürlich nicht meine Aufgabe sein, eine Einführung in die Psychologie zu bieten. Dazu muß auf die Lehrbücher von Wundt, Höffding (besonders für Anfänger zu empfehlen), Ebbinghaus, Lipps, Messer u. a., für Mediziner namentlich auf die von Kretschmer, Schilder, Binswanger verwiesen werden. Aber über die Grundbegriffe und Grundvoraussetzungen muß man sich schon aus dem Grunde in jedem Buch, das Psychologisches behandelt, verständigen, weil heute noch fast jeder Psychologe und noch mehr jeder Psychopathologe von Ruf seine eigene Terminologie hat, und weil es daher nötig ist, genauer anzugeben, in welchem Sinne in diesem Buche die verschiedenen psychologischen Termini gebraucht werden. Außerdem soll das Nachfolgende wenigstens eine gewisse Handhabe bieten, an der sich der Interessierte weiter in das Gebiet hineinarbeiten kann.

Wir sehen dabei soviel wie irgend möglich ab von allen theoretischen Konstruktionen über das Verhältnis zwischen Seelischem und Körperlichem, über die Frage, ob eine Wechselwirkung zwischen diesen beiden Seiten der Erscheinungswelt existiert oder ein Parallelismus, ob sie im Grunde identisch sind, wie man sich das Wesen des Seelischen zu denken habe u. a. m. Wer sich darüber näher orientieren will, möge sich an das System der Philosophie von Wundt, die Schriften von Kern, von Bousset, Ebbinghaus, Lipps, Messer u. a. m. halten. Dagegen ist es meines Erachtens prinzipiell richtig und zweckmäßig, solange wir von psychischen Geschehnissen sprechen, keine anderen als psychologische Gesichtspunkte hereinzubringen. Wir wollen uns von dem sonderbaren Gebaren mancher Psychologen fernhalten, die immer zu physiologischen Hypothesen greifen, wo psychologische Erklärungsmöglichkeiten nicht ohne weiteres auf der Hand liegen. Es ist in solchen Fällen didaktisch und heuristisch besser, psychologische Annahmen zu machen; nur muß man sich dabei völlig und dauernd klar darüber sein, daß man sich eben nicht mehr auf dem Gebiete der Erkenntnis, sondern der Hypothese bewegt.

Alle Beschreibungen und Erklärungen psychologischer Tatbestände sollten mit der Feststellung beginnen, daß wir vom seelischen Erleben

nur in der Form von Bildern sprechen können, die in der Psyche des anderen ähnliche (niemals völlig identische) Bilder erwecken und die auch für uns selbst zu verschiedenen Zeiten daher nicht immer denselben Inhalt haben. Da die Sprache sich unter dem Drucke der auf äußere Dinge gerichteten Aufmerksamkeit entwickelt hat, so entstammen die Ausdrücke für die seelischen Erscheinungen ursprünglich der Welt der körperlichen. „Die innere Welt des Geistes wird also durch Symbole bezeichnet, die der äußeren Welt des Raumes entnommen sind" (Höffding). Schon Locke und Leibniz haben das klar erkannt und die vergleichende Philologie bzw. die Völkerpsychologie (Wundt) haben es bestätigt. Solange wir uns dieses Bildcharakters unserer psychologischen Ausdrucksweise bewußt bleiben, wird uns aus ihm kein Nachteil erwachsen. Aber leider hat die geschichtliche Entwicklung immer und immer wieder Beispiele dafür geliefert, daß Bilder für Erklärungen und für Beweise genommen und darauf ganze Lehrgebäude errichtet worden sind. Es sei an die Versuche Herbarts und seiner Nachfolger erinnert, das Seelische nach Analogie der Bewegung von Körpern mit Stoß und Gegenstoß aufzufassen oder an die neuerdings aufgetauchten Bestrebungen, die seelischen Verbindungen nach Analogie chemischer Verbindungen zu erklären. Und die Freudschen Theorien haben sicher nicht zum wenigsten dadurch so manches Bestechende, daß speziell Freud selbst so außerordentlich anschaulich zu schildern versteht und dadurch den Leser über manche ungenügende tatsächliche Begründung hinwegträgt. Andererseits ist gerade an diesem Autor auch wieder der Wert klarer Bilder für die Schilderung der Tatbestände selbst besonders deutlich zu erkennen.

Ist man so genötigt, sich immer wieder an die Wirkungen der anschaulichen Art psychologischer Ausdrucksweise zu erinnern, wenn man Fehlschlüsse und falsche Konstruktionen vermeiden will, so besteht eine andere Gefahr darin, daß man einer allzu rationalistischen Ausdrucks- und Denkweise, einer intellektualistischen Psychologie verfällt. Namentlich die Vulgärpsychologie, aber auch oft genug ganze psychologische und psychopathologische Richtungen haben diese Gefahr nicht erkannt. Die Neigung, bei allen Handlungen, namentlich auch den ethisch gewerteten, vernünftige Gründe, Überlegungen anzunehmen, ist scheinbar unausrottbar groß. Und doch ist, wie namentlich auch die Untersuchungen der letzten Jahrzehnte klar bewiesen haben — intutive Psychologen wußten das freilich schon sehr lange —, die Beteiligung der „Ratio" bei all unserem Handeln und bei der Entstehung unserer Gedanken ganz außerordentlich gering. Triebe, Gefühle, Affekte geben den Ausschlag, nicht kühle Überlegungen.

Die intellektualistische Psychologie hatte und hat eine wesentliche Unterstützung gefunden durch die Auseinanderreißung des Seelenlebens in verschiedene „Vermögen" und durch die Substantialisie-

rung dieser Begriffskonstruktionen: das „Willensvermögen", das „Denkvermögen" standen in diesen Lehren da wie selbständige Wesenheiten, die gleichsam von oben herab ihre Gebiete beherrschten oder leiteten. Allerdings war es, wollte man überhaupt zu einem klaren Erfassen psychischer Geschehnisse kommen, unbedingt erforderlich, daß eine gewisse Sortierung vorgenommen, eine gewisse Ordnung in diese verwirrende Fülle der Erscheinungen gebracht wurde. Aber es war und ist ein großes Hemmnis für wirkliches psychologisches Verstehen, daß solche Prinzipien und Hilfsmittel unseres Bedürfnisses nach klarer Erkenntnis für etwas in der Sache selbst Liegendes genommen und zum Wesentlichen gemacht wurden. Wir werden später sehen, wie sehr solche falschen Auffassungen auch in der Praxis der Psychotherapie sich störend geltend machen.

Wenn heutzutage noch die Mehrzahl der Psychologen die Einteilung des psychischen Geschehens in Empfinden (Vorstellen), Fühlen und Wollen beibehält, so suchen sich wenigstens die meisten (allerdings nicht alle) ihrer Vertreter von dem großen Fehler freizuhalten, in den psychologischen Elementen selbständige, für sich bestehende Wesenheiten zu sehen, aus denen man dann gleichsam mosaikartig die Seele aufbauen könnte. Vielmehr ist man sich wenigstens im allgemeinen klar darüber, daß auch diese Elemente Konstruktionen sind und daß, wie Jaspars sich glücklich ausdrückt, das Seelische in seiner eigentlichen Wirklichkeit „ein einziger ungeheurer Strom unteilbaren Geschehens ist, der in zahllosen Individuen in einer gleichen Weise dahinfließt". „Diese nie festen, sondern immer fließenden Strömungen versteinern sich uns durch unser Erkennen zu festen Gebilden." Eine der Aufgaben, die wir als Psychotherapeuten haben, besteht aber gerade darin, daß wir unseren Kranken, nachdem wir uns selbst erst wirklich klar geworden sind, die Fähigkeit verschaffen, dieses ewige Fließen zu verstehen und das Wesentliche darin zu erfassen, sich vom Strome tragen zu lassen, ohne darin unterzugehen.

Unter diesen Voraussetzungen wollen wir nunmehr versuchen, einige Hauptpunkte der Lehre vom Empfinden, Fühlen und Wollen zu besprechen.

1. Empfindungen und Vorstellungen.

Das Wort Empfindung wird vulgär meist identisch mit Gefühl gebraucht. Die Psychologie aber versteht unter Empfindung die Elemente des objektiven Erfahrungsinhalts, z. B. einen Ton, einen Lichteindruck einfachster, nicht mehr zerlegbarer Art. Natürlich sind Elementarempfindungen nie und nirgends aufzufinden, sondern immer nur in Form einer großen Summe von gleichzeitigen Empfindungen verschiedener Qualität und Intensität; sie sind also Produkte von Analyse und Abstraktion. Aber die möglichst weitgehende Zerlegung der Empfindungs- (und Vorstellungs-) komplexe in immer einfachere Empfindungen tut uns u. a. den Dienst,

uns einen Einblick in die ganz ungeheure Kompliziertheit des Seelenlebens zu verschaffen und sie behütet insofern vor der flachen Art, wie die Vulgärpsychologie mit hochzusammengesetzten Begriffen die schwierigsten Probleme da gelöst zu haben glaubt, wo sie erst beginnen. Auch zeigt sich hier schon eine merkwürdige Tatsache: wenn schon relativ sehr einfache seelische Vorgänge, wie die elementareren Empfindungen höchst komplizierte Gebilde sind, so muß daraus geschlossen werden, daß schon diese scheinbare Einfachheit das Ergebnis einer unter oder zum mindesten gerade noch an der Schwelle des Bewußtseins geschehenden synthetischen Arbeit ist. Bereits in den Empfindungen bemerken wir etwas von jener Aktivität des Seelischen, das die Einwirkungen der Außenwelt nicht einfach passiv empfängt, sondern schon im Akte der Wahrnehmung verarbeitet. Wer so an den einfachen seelischen Vorgängen schon gelernt hat, wie stark äußere Einwirkungen — wozu auch die psychischen Einflüsse von Mensch zu Mensch gehören — selbst primitivster Art bereits mit rein subjektiven aktiven Zutaten des Beeinflußten verbunden sind, der wird sich nicht wundern, wenn bei komplizierteren Vorgängen das Resultat seiner Beeinflussungsversuche oft ein so ganz vom Erwartenden abweichendes ist. Er wird dann aber auch eher einem solchen Mißerfolg vorbeugen können.

Die Zahl der innerhalb einer bestimmten Zeit in der Psyche auftretenden Empfindungen ist unendlich groß: denn nicht bloß um Gesichts-, Gehörs-, Geschmacks-, Geruchs- und Tastempfindungen handelt es sich, sondern auch um die große Fülle aller jener aus dem Organismus selbst stammenden Reize, die wir als Muskel-, Gelenk-, Gleichgewichtsempfindungen erst allmählich aussondern gelernt haben. Zu ihnen kommen dann noch alle mit Kreislauf-, Atmungs- und Verdauungstätigkeit verbundenen Organempfindungen, die in ihrer Gesamtheit das ausmachen, was als die allgemeine Lebensempfindung (gewöhnlich Lebensgefühl genannt) von uns wahrgenommen wird.

Die Empfindungen sind betreffs ihrer Intensität und Klarheit bestimmten Gesetzmäßigkeiten unterworfen, deren Kenntnis namentlich wegen der Art, wie Organempfindungen bewußt wahrgenommen oder nur unbewußt verarbeitet werden, wichtig für uns ist. Zunächst setzt das Entstehen einer bestimmten Empfindung einen gewissen Zeitunterschied voraus zwischen dem Reize, an den sie geknüpft ist, und dem vorhergehenden. Ein einfaches Beispiel dafür ist ja die Tatsache, daß eine glühende Kohle, die schnell herumgeschwungen wird, bei einer gewissen Geschwindigkeit nicht mehr als bestimmter Gegenstand, sondern nur noch als Kreis wahrgenommen wird. Hier spielt also schon das herein, was bei komplizierteren seelischen Vorgängen als sogenannte „Enge des Bewußtseins“ eine große Wichtigkeit hat (Pauli). Sodann muß, wenn eine Empfindung als solche klar werden soll, ein gewisser Gegensatz der Stärke zu einer vorhergehen-

den oder einer Reihe vorhergehender vorhanden sein: bei allmählicher Verstärkung kann derselbe Reiz unbemerkbar bleiben, der vorher bei plötzlicher Vergrößerung eine deutliche Empfindung gesetzt hatte, ein für die Frage der Übung im Ertragen von unlustbetonten Reizen sehr bedeutungsvolles Faktum! Durch allmähliche, äußerst geringfügige Steigerungen oder Verminderungen des Wärmegrades ist man imstande, Frösche zu kochen oder sie zum Erstarren zu bringen, ohne daß sie die geringste Bewegung ausführen. Und genau so gut kann man einen sonst empfindlichen Magen durch ganz allmähliche Steigerung der Reize wieder dazu bringen, daß er auf schwer verdauliche Speisen nicht mehr mit besonderen Empfindungen reagiert. Die Schwelle des Bewußtseins kann also für dieselbe Empfindung sehr verschieden hoch liegen: sie hebt sich (d. h. die Empfindlichkeit wird geringer), z. B. wenn der Gegensatz zu vorhergehenden bzw. gleichzeitigen Eindrücken nicht hinreichend groß ist; sie senkt sich, d. h. die Empfindlichkeit wird größer, z. B. unter dem Einflusse von Übung und Anpassung. Der Kranke, der längere Zeit seine ganze Aufmerksamkeit auf seine Herz- oder Atemtätigkeit gelenkt hat, wird entsprechend leichter feinste Organreize, die von dort ausgehen, wahrnehmen als ein Gesunder.

Auch bezüglich der Qualität der Empfindungen gilt der Satz, daß die Empfindungen nicht unabhängig voneinander entstehen, sondern immer im Verhältnis zueinander: ein und dieselbe aktive Bewegung empfinden wir als Anstrengung oder als Ruhe, je nachdem sie auf eine langsamere oder schnellere Bewegung folgt. Besonders einleuchtend zu demonstrieren sind solche Kontrastwirkungen auf dem Gebiete der Gesichtsempfindungen. Man kann demnach allgemein behaupten, daß die einzelne Empfindung bestimmt ist durch den Zusammenhang und durch die Beziehung der verschiedenen Zustände oder der Teile desselben Zustandes zueinander (Höffding). Sowohl für die Entstehung wie die Therapie vieler Erkrankungen ist dieser Satz von erheblichem Interesse. Er ist aber auch deshalb wichtig, weil dieses Beziehungsprinzip schon die Ansätze zum Unterscheiden, zum Auffassen von Verschiedenheiten, zum einfachsten Vergleichen in sich enthält und diese wiederum ein elementares Erinnern in sich schließen, somit die Vorstufen des eigentlichen Denkens darin enthalten sind.

Zeigt sich auch hierin wieder die Aktivität des Seelischen, so tritt dies noch deutlicher hervor in dem unwillkürlichen Suchen und Anpassen, in den Bewegungsvorgängen, von denen jede Sinnesempfindung begleitet wird. Das ist die primitivste Form der Aufmerksamkeit, und sie läßt zugleich die nahen Beziehungen begreifen, die gerade zwischen der Empfindung der Aufmerksamkeit und Bewegungsempfindungen bestehen.

Unter dem Wort Vorstellung wird von den verschiedenen Psychologen nicht dasselbe zusammengefaßt. Die einen verstehen darunter jede

Verbindung von Empfindungselementen, die anderen stellen sie zu den letzteren insofern in einen scheinbaren Gegensatz, als sie mit Empfindung nur das leibhaftig „fühlbar" Gegenwärtige, mit Vorstellung das Bildhafte, nur Reproduzierte bezeichnen. In Wirklichkeit ist kein eigentlicher Gegensatz vorhanden, sofern jede über das Elementarste hinausgehende Wahrnehmung Reproduktionselemente in sich enthält und daher auch schon „Vorstellung" ist. Es genügt für unseren praktischen Zweck, sich vor Augen zu halten, daß „Vorstellung" immer das Kompliziertere, bereits eine große Summe elementarer Erfahrungen Voraussetzende ist, daß ihr mehr der Erinnerungscharakter, der Empfindung mehr der Wahrnehmungscharakter eignet. Wichtiger als diese begriffliche Unterscheidung (deren Nichtbeachtung freilich mancherlei Mißverständnisse hervorgerufen hat) ist es hier, sich die Tatsache immer wieder klarzumachen, daß in der Wirklichkeit jeder Sinneseindruck, jede Empfindung in unserem Seelenleben sofort Tausende von Anknüpfungspunkten findet, so daß nicht nur gleichzeitige und unmittelbar vorhergehende Eindrücke und Empfindungen, sondern auch Nachwirkungen von lange vorher entstandenen dabei eine Rolle spielen. Ein Wort, das wir hören, löst alsbald nicht nur akustische, sondern auch optische, taktile Bewegungsvorstellungen in uns aus, so daß die Art, wie wir es hören, bereits vielfach bestimmt ist durch die Summe der bisherigen Erfahrungen. Wie stark diese Wirkung der reproduktiven Elemente auf die Wahrnehmung ist, das haben uns namentlich die zahlreichen Experimente zur Psychologie der Aussage aufs deutlichste bewiesen: oft genug wird die Wahrnehmung geradezu verfälscht durch Elemente, die in dem Eindrucke selbst gar nicht enthalten sind. Man denke z. B. an die Art, wie das Hören beim Telephonieren zustande kommt, wo wir einen großen Teil des scheinbar Gehörten in Wirklichkeit kombiniert haben.

2. Die Gefühle und Affekte.

Die Psychologie der Gefühle ist historisch die zuletzt entwickelte. Sie steckt auch jetzt noch in den Anfängen. Kaum auf einem anderen psychologischen Gebiet herrscht noch so viel Uneinigkeit; selbst über die Frage, was als Gefühl zu bezeichnen sei, ist noch keineswegs Einigkeit erzielt. Oft genug mangelt uns auch die Möglichkeit sprachlicher Unterscheidung an sich ganz deutlich als verschieden empfundener Gefühle. Wenn wir im Nachfolgenden uns im wesentlichen an die Darstellung Wundts halten, so soll damit durchaus nicht gesagt sein, daß seine Auffassung uns als die allein richtige erscheint; es ist nur didaktisch richtiger, zunächst eine bestimmte Art der Auffassung zu zeigen, damit der Interessierte dann einen festen Punkt hat, von dem aus er weitergehen kann.

Mit jeder, selbst der allereinfachsten Empfindung, einem einzelnen

Ton, einem Lichteindruck ist ein bestimmter Gefühlston verbunden. Es gibt keine Empfindungen und Vorstellungen, die nicht von Gefühlen begleitet wären. Letztere unterscheiden sich vor allem dadurch von den ersteren, daß sie rein subjektiv sind.

Schon die Mannigfaltigkeit der einfachen Gefühle ist eine sehr große und jeder qualitativen und intensiven Änderung der Empfindung pflegt meist auch eine solche des Gefühlstones parallel zu gehen. Die qualitative Mannigfaltigkeit der einfachen Gefühle ist unabsehbar groß, wahrscheinlich größer als die der Empfindungen. Daß darüber einige Zeit eine andere Ansicht bestehen konnte, hat seinen Grund sicher nur in der Armut der Sprache für Gefühlsbezeichnungen. Sie läßt uns bloß gewisse allgemeinste Gegensätze, wie angenehm — unangenehm, ruhig — aufgeregt, heiter — ernst, unterscheiden. Daran haben dann auch die Bestrebungen angeknüpft, wenigstens einige Hauptrichtungen aufzustellen, ohne daß dadurch natürlich auch nur annähernd ein Begriff von der tatsächlichen Reichhaltigkeit gegeben werden könnte.

Wundt unterscheidet in diesem Sinne die Richtungen der Lust und Unlust, der erregenden und beruhigenden und der spannenden und lösenden Gefühle. Ein individuelles Gefühl kann entweder alle diese Richtungen oder nur zwei oder nur eine erkennen lassen. Beim Schmerz handelt es sich meist nur um ein reines Unlustgefühl; erregende und niederdrückende Gefühle findet man in Verbindung mit reinen Empfindungen besonders bei Farben- und Klangeindrücken: rot erregt, blau beruhigt. Spannende und lösende Gefühle treten namentlich bei den Vorgängen der Aufmerksamkeit auf: bei Erwartung eines Sinneseindruckes Gefühl der Spannung, beim Eintritt eines erwarteten Ereignisses Gefühl der Lösung. Mit der Erwartung kann natürlich zugleich Unlust, mit der Lösung Lust verbunden sein. Man muß übrigens bei alledem immer daran denken, daß es sich um Gefühlsrichtungen, nicht um singuläre Gefühlsqualitäten handelt, daß also innerhalb der ersteren unbestimmt viele einfache Qualitäten vorkommen, daß z. B. „das Unlustgefühl des Ernstes nicht bloß von dem des schmerzerregenden Tastreizes, der Dissonanz usw. verschieden ist, sondern daß der Ernst selbst in verschiedenen Fällen in seiner Qualität wieder variieren kann“ (Wundt).

Die zusammengesetzten Gefühle sind Zustände von einheitlichem Charakter, in denen sich zugleich einfachere Gefühlsbestandteile wahrnehmen lassen und die, sofern sie als Dauerzustände auftreten, als Stimmungen bezeichnet zu werden pflegen. Letztere gehen bekanntlich ohne feste Grenze in die Affekte über; sind übrigens natürlich auch gegen die einfachen Gefühle nicht scharf abgegrenzt. Wundt unterscheidet bei den zusammengesetzten Gefühlen 1. ein aus der Verbindung aller seiner Bestandteile resultierendes Totalgefühl und 2. die einzelnen Partialgefühle, die die Komponenten des ersteren bilden und die wieder in Partialgefühle

verschiedener Ordnung zerfallen. Je nach der Verwebung dieser Partialgefühle untereinander und mit dem Totalgefühl können dann die verwickeltsten Gefühlserlebnisse entstehen.

Im ganzen sind die mit den Gebieten des Tast-, Geruchs- und Geschmackssinns zusammenhängenden komplexen Gefühle wesentlich einfacher gebaut, als die mit Gehörs- und Gesichtsvorstellungen verbundenen. Die an äußere und innere Tast(Organ-)empfindungen geknüpften Gefühle zusammen mit denen des Geruchs- und Geschmackssinns pflegt man in ihrer Totalität als Gemeingefühl zu bezeichnen. In ihm tritt die Unterscheidung zwischen Lust und Unlust besonders deutlich zutage. Die zusammengesetzten Gefühle im Gebiete des Gesichts- und Gehörssinns werden auch ästhetische Elementargefühle genannt. Die Richtungen Lust — Unlust zeigen sich hier in dem mehr auf das Objekt gerichteten Gefallen und Mißfallen.

Bezüglich des allgemeinen Verhältnisses zwischen Gefühl und Sinnesempfindung ist zu bemerken: je stärker das Gefühlselement, um so mehr tritt das Empfindungselement zurück. Daher die Sinnesreize, die die stärkste Lust oder Unlust hervorrufen, uns am wenigsten über die Verhältnisse außerhalb (und auch innerhalb) unseres Ich belehren. Dagegen wird, wo die qualitative Beschaffenheit der Empfindung deutlicher hervortritt, auch das Gefühl zugleich spezifizierter und entwicklungsfähiger werden.

Zwischen Gefühl und Affekt gibt es, wie gesagt, keine scharfe Grenze; jedes intensivere Gefühl geht in einen Affekt über. Der Ausdruck Gefühl wird aber hauptsächlich für relativ langsam ablaufende Vorgänge und für solche reserviert, die ein gewisses mittleres Maß der Stärke nicht überschreiten. Der Affekt wird demnach mehr durch die Wirkungen, die er ausübt, als durch spezifische subjektive Erfahrungsinhalte vom Gefühl unterschieden. Außerdem zeigt der Affekt im allgemeinen einen bestimmten zeitlichen Verlauf. Letzterer hat eine gewisse Regelmäßigkeit, indem er mit einem mehr oder minder intensiven Anfangsgefühl beginnt, das entweder in einer, durch einen äußeren Eindruck hervorgerufenen Vorstellung oder in einem, durch Assoziation oder sonstige kompliziertere Prozesse entstehenden psychischen Vorgang seinen Ursprung hat. Darauf kommt ein, von wieder andersartigen Gefühlen begleiteter Vorstellungsverlauf von verschiedener Schnelligkeit und schließlich das Endgefühl, in dem der Affekt abklingt, falls er keinen intermittierenden Verlaufstypus aufweist. Begleitet ist jeder Affekt von bestimmten Ausdrucksbewegungen, mimischen, pantomimischen, Puls-, Atem-, Herz-, Gefäßbewegungs- oder auch -lähmungsvorgängen. Diese bedürfen aus zwei Gründen hier besonderer Erwähnung: 1. sind sie häufig der Ausgangspunkt für allerlei Befürchtungen, die sich an die Wahrnehmung der damit verbundenen Organempfindungen heften und dadurch die letzteren sozusagen im Be-

wußtsein fixieren; 2. haben sie die psychologisch bedeutsame Wirkung der Affektverstärkung. Es werden nämlich an die, mit der erregenden und hemmenden Innervation bestimmter Muskelgebiete verknüpften Empfindungen sinnliche Gefühle gekoppelt, die sich mit dem sonstigen Gefühlsinhalt der Affekte verankern und letzteren dadurch in seiner Stärke ganz erheblich steigern können: der Wütende wird durch den Ausdruck seines Zornes noch wütender, der Trauernde durch den beständigen Ausdruck seiner Trauer noch trauriger usw. Wir werden später sehen, daß dies Gesetz der Verstärkung des Affekts durch seine Ausdrucksbewegungen direkt therapeutisch verwertet werden kann.

Die Affekte lassen sich einteilen nach Qualität, Intensität und Art der Verlaufsform.

Betreffs der Qualität lassen sich, entsprechend den oben für die Gefühle angegebenen Richtungen, Lust- und Unlustaffekte, erregende und beruhigende (deprimierende), spannende oder lösende unterscheiden. Doch kommen diese Formen nie rein vor. So kann Freude zuerst ein Lust-, dann ein Erregungsaffekt, bei übermäßiger Stärke ein deprimierender Affekt sein. Der Zorn ist zunächst ein exzitierender Unlustaffekt, bei sehr großer Stärke kann er deprimierend wirken.

Hinsichtlich der Intensität werden starke und schwache und hinsichtlich der Verlaufsform plötzlich hereinbrechende (Schrecken, Überraschung, Wut), allmählich ansteigende, wie Sorge, Zweifel, Kummer und intermittierende (Freude, Zorn, Traurigkeit) voneinander getrennt.

Indessen diese Unterscheidungen dienen mehr der Verständigung, als daß sie in der Sache selbst fördern könnten. Wichtiger ist es, an einigen Beispielen sich klar zu machen, wie das Gefühl durch Assoziation mit der Vorstellung von der Ursache erst seine bestimmte Richtung bekommt und welche körperlichen Reaktionen im einzelnen damit verbunden zu sein pflegen. Unlust und Erregung wird durch Assoziation mit der Vorstellung von ihrer Ursache zum Abscheu oder zum Zorn. Die Beziehung des Gefühls zum Objekt wird durch Bewegungen bezeichnet, die Entfernung des Objekts, oder das Streben, vom Objekt wegzukommen, ausdrücken. Man erinnere sich bei all diesen Ausdrucksbewegungen daran, daß sie, obwohl bei dem erwachsenen Menschen im allgemeinen ganz unwillkürlich erfolgend, doch in früheren Zeiten (beim Tier und wohl teilweise auch beim jugendlichen Individuum) willkürlichen, also zweckmäßigen Charakter gehabt haben.

Ist die Fähigkeit, sich in das Gefühlsleben eines anderen Individuums hineinzuversetzen, stärker entwickelt, so kann nun des weiteren der Abscheu oder der Zorn zur Lust daran führen, daß die Ursache des Schmerzes selbst Schmerz zu erleiden hat (Haß), oder zur Unlust daran, daß sie Lust fühlt (Neid). Natürlich sind das nur sehr grobe, stark intellektualistische Ableitungen der Affekte; aber sie sollen ja nur ungefähr zeigen,

wie man die Assoziationstätigkeit in solchen Fällen sich im allgemeinen vorzustellen hat. Man kann sich so auch denken, daß das Lustgefühl zur Freude und Liebe wird, indem die Vorstellung von dem, was mit dem Lustgefühl in besonders enger Verbindung steht, mit ihm verschmilzt und ihm seine Richtung bestimmt (Höffding). Damit verknüpft ist ein Drang und eine entsprechende Bewegungstendenz zum Festhalten und Beschützen. Sympathie, von dieser Seite betrachtet, wird dann Lust an der Lust anderer und Mitleid Unlust an der Unlust anderer.

Ihre Kraft und Widerstandsfähigkeit schöpfen die Affekte natürlich nicht aus ihrem Vorstellungsbestandteil, wie das z. B. Dubois und frühere ethisierende Psychologen glauben machen wollen, sondern aus ihrem Gefühlsbestandteil. Und auch dieser ist um so stärker in seinem Einfluß auf Handeln und Denken, je primitiver er ist, je mehr er sozusagen direkt aus den einfachsten Lebensvorgängen hervorwächst. Am deutlichsten läßt sich das vielleicht an den schon stark mit Vorstellungsbestandteilen durchsetzten Affekten der Hoffnung und der Furcht zeigen. Ihre biologische Grundlage ist das jedem Organismus eigene, aus der Summe seiner Organempfindungen und der daran geknüpften Organgefühle entspringende Lebensgefühl. Je nach dem freieren und leichteren oder gehemmteren und schwereren Ablauf des Lebensprozesses selbst haben wir das Gefühl der Freiheit, Sicherheit, Kraft oder das von innerem Gehemmtsein, Unruhe, Unsicherheit, Mattigkeit, Angst. Speziell die primitive Angst ist oft mit Störungen der Atem-, Herz- und Verdauungstätigkeit verbunden. Je nachdem das Gefühl der Sicherheit oder Unsicherheit vorherrscht, werden sich nun bald Vorstellungen der Erfüllung, Befriedigung, bald solche der Nichterfüllung, der Täuschung mit den elementaren Gefühlen verbinden und ihnen dadurch den Charakter der optimistischen oder pessimistischen Stimmung, oder, wenn ein Schwanken zwischen beiden stattfindet, den des Affektes der Hoffnung oder Furcht verleihen. Von da zur Verzweiflung oder Resignation sind wieder nur gradweise Übergänge. Auch der Zweifel, dessen Wesentliches die peinliche Unruhe ist, stellt einen solchen schwankenden Affekt dar.

Bei diesen schwankenden Gefühlszuständen, wie überhaupt bei dem Ablauf von Gefühlen, spielt eine Tatsache, die gerade auch für unsere Zwecke von Bedeutung ist, eine große Rolle, daß nämlich Gefühle mit größerer Langsamkeit entstehen und sich bewegen als Vorstellungen: man gelangt weit schneller aus der Vorstellung von etwas Erfreulichem in die von etwas Betrübendem, als aus dem Gefühl der Freude in das der Trauer. Das erklärt uns eine so oft zu machende Beobachtung: man kann längst von der Wahrheit eines Gedankens oder der Richtigkeit einer Handlung überzeugt sein und ist doch noch nicht imstande, von alten Vorurteilen oder falschen Richtungen des Handelns zu lassen. Ganze geschichtliche Entwicklungsperioden stehen unter der Herrschaft dieser

Eigentümlichkeit des Gefühlslebens z. B. die nur allmähliche tatsächliche Überwindung alter Religionsformen durch geläuterte Vorstellungen. Das Gefühl hat also nicht nur an sich besonders feste Verankerungen in unserem ganzen Seelenleben, sondern durch die Eigenschaft des langsamen Übergangs von einem Gefühl zu einem andern erfordert auch alle Einwirkung auf das Gefühlsleben viel Zeit. Was dann aber einmal Gefühlsbesitz geworden ist, das haftet auch gründlich und entfaltet dauernde Wirkungen.

Mit dem eben Ausgeführten hängt es auch zusammen, daß man im allgemeinen Vorstellungen leichter reproduziert als Gefühle. Vergangene Freuden und Leiden erscheinen in der Erinnerung erheblich blässer als beim direkten Erleben, und zwar ist die Erinnerung an die Gefühle um so undeutlicher, je weniger deutlich die Vorstellungsbestandteile wieder zu erwecken sind: daß letztere auftauchen, ist überhaupt eine Vorbedingung für das Auftauchen der ersteren. Damit steht nicht im Widerspruch, daß wir häufig ein „unbestimmtes Gefühl" der Erinnerung an irgend etwas haben, ehe dieses Etwas, d. h. die Vorstellung selbst, in uns klar geworden ist: sie muß, wie sonstige Untersuchungen zeigen, schon unterschwellig vorhanden gewesen sein, ehe das Gefühl überhaupt erscheinen konnte; es wird in einem solchen Falle eben früher bemerkt als der Vorstellungsbestandteil.

Da die Fragen nach der Bedeutung egozentrischer Gefühle gegenwärtig dank der Freudschen Forschung besonders stark im Vordergrunde stehen, wollen wir hier im Anschluß an Höffding, der sich seinerseits wieder auf Hobbes, Darwin, Spencer u. a. stützt, aber gerade diese Probleme auch selbst gründlich und selbständig bearbeitet hat, einigen Punkten noch etwas nähertreten.

Wie oben schon angedeutet, stehen alle Gefühle, und die elementarsten am meisten, in mehr oder minder enger Beziehung zu den biologischen Prozessen und das heißt im Grunde zu der Erhaltung des Lebens und allem, was dazu gehört. Es ist nun von enormer Bedeutung für die weitere Entwicklung des Gefühls, daß Lust und Unlust allmählich von der unmittelbaren Verknüpfung mit dem Wohl und Wehe des einzelnen Individuums sich bis zu einem gewissen Grade loslösen, so daß sie auch auftreten, wo es sich um größere Zusammenhänge handelt, in denen das Einzel-Ich mehr oder minder zurücktritt. Die Frage ist, wie diese Erweiterung des Gefühlslebens zustande kommt.

Auf ganz primitiven Lebensstufen waltet noch ausschließlich der Instinkt der Selbsterhaltung, wie er sich ja in allen instinktiven Bewegungen beim Erfassen der Nahrung, bei der „reflektorischen" Abwehr von Schädigungen u. a. m. äußert. Kommt zum Instinkt eine deutliche Vorstellung hinzu, so entwickelt sich daraus der Trieb der Selbsterhaltung, der sich auf einer höheren Stufe als Trieb oder Wille zur Macht darstellt, als ein immer bewußter werdender, aber in der Tiefe des Unbewußten wurzeln-

der und aus ihr seine Kraft schöpfender Drang, sich selbst durchzusetzen und zwar zunächst körperlich und schließlich auch immer mehr bis in die feinsten geistigen Beziehungen hinein. Wie Hobbes schon hervorgehoben hat, ist „alle Vorstellung von der Zukunft die Vorstellung von der Gewalt, etwas erzeugen zu können. Wer in der Zukunft Lust erwartet, muß sich deshalb irgend eine Gewalt in sich selbst vorstellen, um jene zu erlangen". So erwächst also der Wille zur Macht und damit auch das Lustgefühl an der Macht aus unseren organischen Lebensbedingungen, und es ist nicht verwunderlich, daß jede Organminderwertigkeit ihren psychischen Ausdruck sofort in irgend welchen Ausgleichsvorgängen findet, die dem Bedürfnis entspringen, sich die Macht trotz allem irgendwie zu sichern, wie das ja neuerdings Adler besonders einleuchtend dargetan hat. Aber wer Hobbes gelesen hat, wird finden, daß die Grundlage zu dieser Erkenntnis schon sehr früh gelegt worden ist.

Zuerst wird, wie Hobbes weiter ausführt, Macht nur als Mittel zur Befriedigung des Selbsterhaltungstriebes benutzt. Später findet dann aber, wie so oft auf dem Gebiete triebhafter Regungen, eine Motivverschiebung in dem Sinne statt, daß das vorherige Mittel zum Zweck wird. Dann wird Macht in einem weit über den Zweck der Erhaltung des Individuums hinausgehenden Maße erstrebt und als Gefühl der Macht mit Lust empfunden.

Eine ähnliche Motivverschiebung, wie die eben genannte, müssen wir nun auch annehmen, wenn wir die oben aufgeworfene Frage beantworten wollen, wie es möglich ist, daß ein Mensch Lust oder Unlust an etwas fühlen kann, das kein Mittel für die Befriedigung seiner Bedürfnisse ist, das nicht unmittelbar seiner Selbsterhaltungstendenz, seinem Machthunger Geltung verschafft. Schon Spinoza hat die Brücke aufgebaut, die absoluten Egoismus und absoluten Altruismus verbindet. Die Motivverschiebung ist eben nicht nur möglich in bezug auf Gefühle, die den Menschen allein betreffen, sondern auch in bezug auf sein Verhältnis zu anderen Individuen und auf wissenschaftliche, künstlerische, religiöse Ideen und Bestrebungen. Vor allem muß jeder, auch der ganz egozentrisch gerichtete Mensch, schon um seiner selbst willen, in gewissen Dingen auf andere Rücksicht nehmen. Je mehr Aufmerksamkeit solche Rücksicht beansprucht, je häufiger sie geübt wird, um so mehr wird die Vorstellung von anderen und von den Bedingungen ihres Seins oder Nichtseins ein Bestandteil seines eigenen Denkens werden. Der ursprüngliche Zweck tritt allmählich mehr zurück und das Lustgefühl an dem Wohl und Wehe der Mitmenschen wird mit zwingender Notwendigkeit auch ein Teil unseres Fühlens. Man lasse sich hier nicht dadurch täuschen, daß die Motivierungen unseres Handelns — sofern wir ganz ehrlich gegen uns zu sein bestrebt sind — oft ausschließlich egozentrisch zu sein scheinen, während wir in Wahrheit unter dem Zwange festgefügter Assoziationen gehandelt

haben. Dies gilt besonders dann, wenn zu den eben genannten Assoziationen, die wohl vorwiegend der Kategorie der Berührungsassoziationen zuzurechnen sind, noch Ähnlichkeitsassoziationen hinzukommen und zwar dadurch, daß andere Personen in Hinsicht auf äußere Lebensverhältnisse materielle und geistige Interessen usw. mit uns selbst gemeinsam haben. In diesen Fällen verschmilzt unser Ich bis zu einem gewissen Grade mit ihnen, wir fühlen mit ihnen. „Von dieser Seite betrachtet wächst die Sympathie für andere unwillkürlich als eine Verlängerung der Selbsterhaltung des einzelnen hervor. Ohne sich dessen bewußt zu werden, hat das Individuum sein Ich dergestalt erweitert, daß es auch wesensverwandte Individuen erfaßt" (Höffding). Eine solche Erweiterung des eigenen Wesens in andere hinein findet auf Grund derselben Gesetzmäßigkeiten besonders stark auch in dem Verhältnis von Arzt und Kranken dann statt, wenn ersterer sich bemüht, in die Lebensverhältnisse des letzteren genau einzudringen, um ihn möglichst gründlich zu verstehen. Dasselbe kann man übrigens auch in dem Verhältnis von Wohltäter und Wohltatempfangendem, von Künstler und Kunstwerk, religiösem Heros und Anhänger sehen. Endlich wird da, wo gemeinschaftliche Interessen entgegengesetzten gegenüber vorherrschen und wo eine höhere Stufe der Intelligenz und des Gefühlslebens (einschließlich der Phantasie) überhaupt erreicht ist, durch einen gemeinsam geführten Kampf ums Dasein eine Neigung zur Nachahmung der Lebensgewohnheiten, ein Sicheinleben in die Denk- und Gefühlsrichtung der umgebenden Individuen sich einstellen und so gemeinschaftliches Schicksal und gemeinsame Arbeit eine Gemeinschaftlichkeit des Gefühls erzeugen in Form von Mitleid, Mitfreude, Kameradschaftsgefühl, ohne daß man von einer bewußten Berechnung in irgend einer Weise mehr sprechen kann. Mit Recht macht Höffding darauf aufmerksam, daß das Wort „Motivverschiebung" in solchen Fällen eigentlich gar nicht mehr zutreffend ist, da die Vorstellung des Individuums sich erst unter dem Einflusse der Umgebungen bilde und das Individuum das Bild seines eigenen Ich von den anderen Menschen erhalte, bevor es anfangen könne, sich aus sich selbst heraus zu entwickeln. Es eigne sich die sozialen Vorstellungen an, ehe es sich die Vorstellung von seinem eigenen speziellen Ich gestalte. Fraglos ist übrigens ein starker Einschlag vererbter Entwicklungstendenzen bei diesem Übergang vom individuellen zum sozialen Fühlen maßgebend. Das wird vor allem auch durch die sehr großen individuellen Verschiedenheiten bewiesen, die der Vorgang der Motivverschiebung nach sozialer Richtung bei den verschiedenen Menschen aufweist.

Man wird bemerken, daß bei dieser Auffassung des Verhältnisses zwischen egozentrischem und sympathischem Fühlen zwar die primäre und maßgebende Bedeutung des ersteren voll zu ihrem Rechte kommt,

daß dadurch aber andererseits die gar zu grobe und einfache Ableitung aller sympathischen Gefühle aus „reinem Egoismus", wie sie in der Neurosenpsychologie heute vielfach üblich ist, die durchaus nötige Vertiefung erfährt. Ohne die Heranziehung viel komplizierterer seelischer Faktoren, als es egoistische, wenn auch „unbewußte" Regungen sind, wird man diesen Verhältnissen nie wirklich gerecht werden können.

Daß wir mit obigen Ausführungen noch nicht einmal die tiefsten, rein triebhaften Elemente des sympathischen Gefühls getroffen haben, zeigt sich am deutlichsten an zwei wichtigen speziellen Formen derselben: an der Mutterliebe und an der sexuellen Liebe mit ihren zahllosen Abzweigungen und Sublimierungen[1]). Sie beide kennen kein Warum und treiben so oft zu Handlungen, die dem Selbsterhaltungstrieb direkt entgegengesetzt sind, so daß man mit jedem Versuch rationalistischer Erklärung jämmerlich Schiffbruch leidet. Die psychologische Verdoppelung wird in diesen Fällen vollständig und sie wächst ganz unmittelbar heraus aus dem rein biologischen Drang des Gattungsinstinktes. Von eigentlicher Sympathie und Liebe wird man auch hier erst sprechen können, wenn die Vorstellung von dem Objekt auf das Gefühl bestimmend wirkt, wie denn überhaupt ohne die Erreichung einer höheren Stufe der Intelligenz und der Phantasie die höheren sympathischen Regungen nicht denkbar sind, weshalb Mangel an sympathischen Gefühlen oft mehr Mangel an Lebhaftigkeit des Geistes und der Phantasietätigkeit, als Mangel an Gefühlen überhaupt bedeutet: ein Wink für den Psychotherapeuten, wie sehr die allgemeine Ausbildung des Geisteslebens, die Anfüllung mit lebhaften Vorstellungen auch der Ausbildung des sympathischen Gefühls und damit der Ablenkung vom eigenen Ich zustatten kommt. Dies um so mehr, als auch in der Entwicklung sympathischer Gefühle wieder eine egozentrische Klippe zu umschiffen ist. Wenn sich jemand bestrebt, andere Menschen zu fördern oder weitherzigen Ideen und Unternehmungen zum Erfolg zu verhelfen, so kommt damit ganz von selbst eine lebhaftere Bewegung in sein ganzes Vorstellungs-, Gefühls- und Willensleben hinein. Damit ist selbstverständlich ein Lustgefühl verbunden, das sich niemals von solcher Tätigkeit trennen läßt, aber durchaus nicht immer als der vorwiegende Zweck derselben anzusehen ist. Es gibt nun aber auch Menschen, die diese geistige und körperliche Erregung zum Selbstzweck machen und sie mehr oder minder bewußt erstreben, um sie zu genießen. Anstatt ganz vom Gefühl und mittels des Gefühls vom Objekt „ergriffen zu sein", kokettiert das Individuum mit sich selbst als dem Subjekt des Gefühls. Es handelt sich um eine Art von Genußsucht, die

[1]) Da wir im einzelnen noch ausführlich vom Sexuellen sprechen müssen, genüge hier dieser kurze Hinweis.

sich in dieser Sentimentalität äußert. „Lassen Sie mir doch meine Trauer," sagte mir eine Kranke, die wegen trüber Stimmung zu mir kam, „da fühle ich mich am wohlsten bei." Und eine andere pflegte, wenn sie Wohltaten erwies, Tränen der Rührung dabei zu vergießen. So kann sich hinter den Äußerungen sympathischen Gefühls der gröbste Egoismus verbergen. Solche Menschen pflegen dann Wohltaten so oft am unrechten Ort zu erweisen. Auch für diese Fälle ist eine gründlichere Entwicklung der Erkenntnisfaktoren absolute Voraussetzung gesunder Entwicklung des Gefühlslebens und speziell einer Art der Sympathie, die, unter Verzicht auf augenblickliche und grobe Bedürfnisbefriedigung, zur Ausbildung ethischer Gefühle geführt hat. Das Pflichtgefühl, das auf dieser Grundlage erwächst, bekommt nur dann die Form des kategorischen Imperativs, vor dem alle Rücksicht auf nur individuell begrenzte Zwecke erblaßt, wenn das Individuum imstande ist, überhaupt größere Zusammenhänge zu erfassen und gefühlsmäßig auf sich wirken zu lassen. Und das Kategorische dieses Imperativs erhält seine zwingende Kraft nicht, wie Kant gemeint hat, aus irgend welchen abstrakten Vorstellungen, sondern aus unbewußten Erziehungseinflüssen und jenen gesetzmäßigen Vorgängen der Motivverschiebung einerseits und aus den biologischen Faktoren andererseits, wie wir das oben ausgeführt haben.

In demselben Sinne ist auch das religiöse Gefühl ein kosmisches Lebensgefühl genannt worden. Weiter darauf einzugehen müssen wir uns hier versagen. Auch die ästhetischen Gefühle näher zu besprechen, würde zu weit führen, so wichtig sie auch, wie sich später zeigen wird, oft für die Psychopathologie der Neurosen und auch anderer Erkrankungen sind.

Dagegen erscheint es mir unerläßlich, wenigstens kurz noch auf die Beziehungen der Gefühle untereinander und auf ihren Einfluß auf die Erkenntnis einzugehen.

Schon Spinoza hat die Relativität des Lust- und Unlustgefühls und seine Abhängigkeit von vorhergehenden Zuständen des Individuums nachgewiesen und die experimentelle Psychologie hat diese Lehre dann weiter ausgebaut.

Zunächst ist darauf aufmerksam zu machen, daß kein Gefühl in seiner vollen Eigentümlichkeit auftritt, wenn es sich nicht in vollem Kontrast zu einem anderen Gefühle entwickeln kann. Das eine bereitet oft dem gerade entgegengesetzten den Weg. Wir bemerken das deshalb nicht häufiger, weil wir uns meist mit voller Intensität dem neuen Gefühle zuwenden und weil dies sozusagen einen Teil seiner Kraft von dem alten erhält. Ganz deutlich läßt sich der Übergang der Intensität am Affekt aufzeigen, wo die Kraft der Liebe z. B. ganz unmittelbar in die des Hasses übergehen kann. Immer ist aus diesem Grunde der Übergang aus einem starken Gefühl in das entgegengesetzte leichter, als der aus Gleichgültig-

keit in ein starkes Gefühl. Daran knüpft die neue Lehre vom Abreagieren an, aber auch die Tatsache, daß man, wenn man einen Menschen an eine neue Lebensführung gewöhnen will, dies nicht mittels Ermahnungen fertigbringt, sondern mittels Anregung zu Handlungen, die die Umsetzung des bisherigen Affekts in einen anderen möglichst erleichtern.

Häufige Wiederholung schwächt die Heftigkeit des Gefühls, indem eben der Kontrast allmählich wegfällt. Was es dadurch an Heftigkeit verliert, kann es aber an Innigkeit gewinnen, und die Wiederholung hat so die Wirkung, den Affekt allmählich in Stimmung und in Gesinnung umzumodeln.

Gerade für unser nervöses und infolgedessen auf fortwährenden Wechsel der Erlebnisse eingestelltes Zeitalter ist in dieser Hinsicht wichtig, was Höffding von dem Dänen Sören Kierkegaard zitiert: „In jeder Erregung und jedem Enthusiasmus verhalten wir uns genießend, indem uns die starke Erregung packt. Das Ich läßt sich von den unwillkürlich hervorbrechenden Gefühlswogen mit fortreißen.“ Während der täglichen Arbeit, während des verstimmenden und dämpfenden Einflusses der Wiederholung müsse es sich aber zeigen, ob das Gefühl andere Stärke besitze als ein solches momentanes Auflodern. Jedes feste und bleibende Verhältnis zu anderen Menschen, jede Arbeit für die allgemeine Verwirklichung einer Idee setze Wiederholung voraus und scheine die unmittelbare Hingebung an die Gefühlsbewegung, die so leicht zu erwecken sei, wenn das Verhältnis gestiftet oder die Idee empfangen werde, ausschließen zu müssen. Es sei der ästhetischen Lebensanschauung (der ja vor allem auch ein großer Teil unserer heutigen Literaten huldigt) charakteristisch, daß jedes Lebensverhältnis nur Objekt des Genusses sei. Es werde tangiert, um den frischen Eindruck zu erhalten; Wiederholung (in fortwährender Tätigkeit oder fortwährendem Beisammensein) würde aber gescheut, weil sie nichts Stimulierendes habe. Die ethische Lebensanschauung dagegen wähle die Wiederholung, indem ein Beruf mit Zwang zu stetiger Arbeit gewählt oder auch ein dauerhaftes Bündnis fürs Leben geschlossen werde. Das Problem sei also, wie ein Übergang aus dem einen Stadium ins andere möglich sei, wie es möglich sei die Wiederholung zu wollen. Das setze voraus, daß man sie weder fürchte, wie die Ästheten, noch durch sie abgestumpft werde, wie die Philister. „Wer nur hoffen will, der ist feig, wer nur erinnern will, der ist wollüstig, wer aber die Wiederholung will, der ist ein Mann . . . Wenn man das Dasein umschifft hat, dann wird es sich zeigen, ob man den Mut hat, zu verstehen, daß das Leben eine Widerholung ist, und ob man Lust hat, sich auf diese zu freuen.“ Man vergleiche damit den ausgesprochenen Ekel, den z. B. Nietzsche, der Ästhet, bei dem Gedanken an die ewige Wiederkunft aller Dinge zeigt!

Höffding sucht nun das Problem Kierkegaards, das dieser nur metaphysisch glaubt lösen zu können, psychophysisch zu lösen.

Er geht dabei von der Tatsache aus, daß auf dem Gebiete des Gefühlslebens zwei Arten von Stärke zu unterscheiden seien: eine Stärke der Heftigkeit und eine der Innigkeit. Nur die erstere werde durch Wiederholung geschwächt, die letztere aber könne gerade durch Wiederholung erzeugt werden. Während bei der Heftigkeit angesammelte Energie plötzlich ausgelöst wird und die Kontrastwirkungen sehr wichtig sind, also Überraschung, Erstaunen, Neuheitsgefühl, wird bei der anderen Art von Stärke die Energie allmählich über längere Zeit und unter verschiedenen Punkten verteilt ausgelöst. Dies könne geschehen, wenn das Objekt des Gefühls einen mannigfachen Inhalt habe, der sich allmählich enthülle und vielleicht erst entdeckt werde, wenn eine gewisse Anpassung und ein gewisses Einleben stattgefunden habe. Die stete Beschäftigung oder das ununterbrochene Zusammenleben erzeuge ein neues Niveau, ein neues reales Ich, und im Verhalten zu diesem werden Gefühlsschwankungen möglich, die sonst nicht würden entstehen können. Dies sei ein Hauptpunkt in der Psychologie der Treue.

Was den Einfluß des Gefühls (und Affekts) auf die Erkenntnis betrifft, so ist es kaum übertrieben, wenn man behauptet, daß er weit größer ist, als die Mehrzahl der Menschen auch nur ahnt. Jedenfalls ist er unendlich viel bedeutsamer als der umgekehrte der Erkenntnis auf das Gefühl, wenn letzterer auch nicht unterschätzt werden darf.

Wie die Trägheit des Gefühls, dank der wir die Neigung haben, an früheren Vorstellungen und Gedanken festzuhalten, wirkt, haben wir schon gesehen, ebenfalls daß dieselbe umgekehrt die Festigkeit des einmal Erworbenen sichert.

Hat sich mit einer Vorstellung oder mit einem Kreis von solchen ein starker Affekt verbunden, so wird auch in dem Verhältnis derselben zu anderen Vorstellungsreihen eine Veränderung dadurch eintreten. Das Gefühl bewirkt eine „Qualitätswahl". Alle mit dem herrschenden Gefühl nicht zu vereinigenden Vorstellungen werden „verdrängt", ein Ausdruck, der in der modernen Komplexlehre bekanntlich sehr oft sich findet, der aber schon vor Jahrzehnten von anderen Psychologen annähernd in demselben Sinne gebraucht worden ist, wie ihn jetzt Freud, Bleuler, Jung u. a. verwenden (bei Freud kommen allerdings noch andere Begriffsmerkmale herein, wie wir später ausführen werden). Schon in den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts sagt Höffding: „Die Stärke der einzelnen Vorstellung beruht erstens auf ihrem Verhältnisse zu den anderen Vorstellungen des Bewußtseins. Diejenige Vorstellung, die sich auf die größte Menge von Erfahrungen stützen kann, wird die größte Möglichkeit haben, die herrschende zu werden. Zweitens beruht die Stärke der Vorstellung auf dem Verhältnis zum Gefühl. Bei starker Spannung oder tiefem und andauerndem Interesse können sogar Vorstellungen, die mit sehr umfassenden und oft wiederholten Erfahrungen in Verbindung stehen,

durchaus beseitigt werden . . . die Liebe macht blind, aber nur, weil sie in einem einzelnen Punkt außerordentlich sehend macht."

Daß in reinen Erkenntnisfragen, z. B. den Diskussionen über die Frage „Ursache und Wirkung?" oder „Zweck und Mittel?" das Gefühl oft lange Zeit den Ausschlag gibt, ist ja bekannt; weniger bekannt scheint allerdings zu sein, daß diese Tatsache namentlich auch auf alle unsere ethischen Wertungen in einem Maße wirkt, die es den allermeisten Menschen unmöglich macht, gewisse Probleme, wie das von der Willensfreiheit, auch nur einigermaßen objektiv in Angriff zu nehmen, geschweige denn durchzudenken.

Dabei wirkt das, was die Expansion des Gefühls genannt wird, bestimmend mit. Kraft dieser Expansionstendenz breitet sich ein bestimmtes Gefühl (Affekt) über den ganzen Vorstellungs- und Empfindungsinhalt aus, auch wenn es ursprünglich mit dem größten Teil desselben in gar keiner Beziehung gestanden hatte. So kommen antizipierende und realisierende Wirkungen des Gefühls zustande, z. B. wenn man erwartete Eindrücke als empfangene annimmt, ehe sie wirklich eingetroffen sind; oder das Gefühl gibt den Vorstellungen ein Gepräge der Wirklichkeit, das ihnen eigentlich nicht zukommt: der Wunsch wird der Vater des Gedankens. Es handelt sich in allen solchen Fällen um eine konzentrierende und einengende Wirkung des Gefühls. Weil nur eine Vorstellungsgruppe zur Entfaltung zu kommen vermag, können die sonstigen Kriterien der Realität nicht herangezogen werden. Und dieselbe Tendenz, um Schranken und Bedingtheiten sich nicht zu kümmern, sein Objekt als etwas Einzigartiges zu isolieren, führt zwar manchmal zur Bildung brauchbarer Ideale, oft, vielleicht sehr viel häufiger, indessen zur Bildung einer idealen Welt, die mit der Wirklichkeit keine tatsächliche Verbindung mehr hat und das Individuum entweder praktisch unbrauchbar oder direkt krank macht. Natürlich können auch andere Affekte, wie Kummer und Enttäuschung, das Weltbild ganz in ihrem Sinne umändern. Dabei liegt es in der Natur gerade dieser Expansivität, daß sie sich auch in hyperbolischen Äußerungen entlädt, die, gemäß dem Gesetz der Verstärkung des Affekts durch seine Ausdrucksbewegungen, wieder ungünstig auf das Gefühl selbst zurückwirken.

3. Die Willensvorgänge.

Die Willensvorgänge schließen sich aufs engste an die Gefühlsvorgänge, speziell an die Affekte an. Darin ist Wundt sicher ohne weiteres zuzustimmen. Über die spezielle Ableitung der Willensvorgänge aus den Affekten, die er bietet, bestehen mancherlei Kontroversen. Immerhin erscheint sie mir unter den gegenwärtig herrschenden Auffassungen als diejenige, die den Tatsachen am wenigsten Gewalt antut und sie am umsichtigsten verwertet. Wir wollen uns deshalb in dieser Übersicht im

wesentlichen an die Wundtsche Auffassung halten und nur an einzelnen Punkten andere Ansichten kurz erwähnen (von neueren Arbeiten auf diesem Gebiete kommen hier u. a. die von E. Meumann, N. Ach und M. Scheler in Betracht).

Wenn der den Affekt darstellende, in sich zusammenhängende Gefühlsverlauf von dem gewöhnlichen, relativ affektlosen Gefühlsverlauf einfach abgelöst wird, ohne daß man von einem bestimmten Enderfolg sprechen könnte, so läßt sich darin natürlich noch nichts von einem Willensvorgange finden. Dazu ist nötig, daß der Vorgang in eine plötzliche Veränderung des Vorstellungs- und Gefühlsinhaltes übergeht, die den Affekt augenblicklich abschließt. Daher definiert Wundt: „solche, durch einen Affekt vorbereitete und ihn plötzlich beendende Veränderungen der Vorstellungs- und Gefühlslage nennen wir Willenshandlungen. Der Affekt selbst mit dieser aus ihm hervorgehenden Einwirkung ist ein Willensvorgang." Wir haben eine Art von Vorstufe dieser Entwicklung bei jenen Affekten vor uns, bei denen pantomimische Ausdrucksbewegungen auftreten, die die Lösung des Affekts, wenn sie eine gewisse Stärke nicht überschreiten, beschleunigen helfen. Aber die Veränderungen im Vorstellungsverlauf sind bei dieser Vorstufe eben noch nicht als unmittelbare Ursache der Affektlösung vorhanden. Bei der nahen Verwandtschaft zwischen pantomimischen Bewegungen und Willenshandlungen ist es einleuchtend, daß in der Entwicklung der Willensvorgänge die äußeren Willenshandlungen als die ursprünglichen anzusehen sind, während die nur mit Vorstellungs- und Gefühlswirkungen abschließenden sog. inneren Willenshandlungen einer späteren Entwicklungsperiode angehören. Die Entstehung primitiver Willensvorgänge hat man wohl nicht mit Unrecht auf Unlustgefühle zurückgeführt, die äußere Bewegungsreaktionen in Gang setzen. Als Wirkung der letzteren treten dann — und das weist auf die große Rolle des Kontrastes der Gefühle für die Willensentwicklung hin — kontrastierende Lustgefühle auf. Man denke an die Ergreifung der Nahrung zur Stillung des Hungers, an die Befriedigung des Rachegefühls durch das Erschlagen des Feindes oder die Lösung des Zornes durch eine entsprechende Handlung gegen den Zornerregenden.

Mit der Vermehrung der psychischen Fähigkeiten und damit der Affekte nimmt auch die Willenstätigkeit einen immer größeren Platz in Anspruch; denn selbst die scheinbar gleichgültigsten Gefühle enthalten ein Streben oder Widerstreben in sich. Allmählich verschlingen sich dann Gefühls-, Affekt- und Willensvorgänge in einer so innigen Weise, daß nicht mehr mit Sicherheit zu entscheiden ist, wo im Einzelfall Gefühl und Affekt oder Willensvorgang das Primäre und Bedingende ist. Unter diesen psychischen Faktoren ragen immer einzelne von den Gefühls- und Vorstellungsbestandteilen als für den Willensakt besonders wichtig hervor; wenn auch dabei zu bemerken ist, daß diese als Motive be-

zeichneten subjektiven Hauptfaktoren des einzelnen Willensaktes durchaus nicht auch objektiv die bestimmenden zu sein brauchen. Dabei wird der Gefühlsbestandteil als Triebfeder, vom Vorstellungsbestandteil als Beweggrund unterschieden.

Es ist nun klar, daß mit der Kompliziertheit der Affekte auch die der Beweggründe und Triebfedern zunimmt und daß es dann sehr viele Fälle gibt, wo der Handelnde kaum oder gar nicht mehr unterscheiden kann, welches Motiv eigentlich das entscheidende ist. Wer sich einigermaßen selbst zu beobachten gewohnt ist, wird wissen, wie ausschlaggebend der Gefühlsbestandteil gerade in solchen Fällen zu sein pflegt und wie kontrastierende Gefühlswirkungen gerade diese Unsicherheit des Handelnden zu erzeugen imstande sind. Das ist, abgesehen von dem Primat des Gefühlslebens überhaupt, auch schon deswegen einleuchtend, weil die Gefühle ja integrierende Bestandteile der Willensvorgänge sind, während die Vorstellungen nur durch ihre Verbindung mit Gefühlen, also nur indirekt, das Wollen beeinflussen können. Wundt sagt daher ganz mit Recht, die Annahme eines aus rein intellektuellen Erwägungen entspringenden Wollens, einer Willensentscheidung im Gegensatz zu allen, in Gefühlen zum Ausdruck kommenden Neigungen, schließe einen psychologischen Widerspruch in sich und beruhe auf dem abstrakten Begriff eines transzendenten, von den realen Willensvorgängen absolut verschiedenen Willens. Diese Tatsachen sind im Auge zu behalten bei jeder Kritik der auch neuerdings wieder, besonders im Anschluß an Dubois, auftretenden Neigung einer Überschätzung der intellektuellen Momente.

Innerhalb der Willensvorgänge selbst wird unterschieden zwischen einfachen und zusammengesetzten. Bei den ersteren leitet ein Motiv eine entsprechende äußere Bewegung ein und bringt den Affekt damit zum Abschluß. Diese relativ einfachen Vorgänge werden, soweit ihr Enderfolg ins Auge gefaßt war, auch als Triebhandlungen bezeichnet. Da man vulgär unter letzteren nur von sinnlichen Gefühlen bestimmte Handlungen zusammenzufassen und sie von den Willenshandlungen gänzlich zu trennen pflegt, so ist hier hervorzuheben, daß das weder psychologisch noch entwicklungsgeschichtlich haltbar erscheint. Dagegen bildet die Triebhandlung, wenn man darunter also nur eine einfache, aus einem einzigen Motiv hervorgehende Willenshandlung versteht, den Ausgangspunkt für die Entwicklung der Willenshandlungen überhaupt. Natürlich hängen die primitivsten Triebhandlungen mit den einfachen sinnlichen Gefühlen zusammen.

Zur zusammengesetzten oder Willkürhandlung wird die einfache Willenshandlung, wenn in einem Affekt eine größere Zahl von Gefühlen und Vorstellungen in äußere Handlungen sich umsetzt und dabei verschiedene gleich- oder entgegengesetzt gerichtete Endwirkungen erstrebt werden. Wie die Triebhandlungen entspringen auch die Willkürhandlungen

aus einem Motiv, das nur sehr häufig dann sozusagen die Resultante ist aus einer ganzen Gruppe zuerst nach verschiedenen und erst zuletzt, nach Ausschaltung einer Anzahl von Faktoren, nach derselben Richtung laufender Einzelmotive. Aber gerade in dem letzteren Punkt liegt das Trennende: es findet ein Kampf unter den Einzelmotiven um die Herrschaft statt. Selbstverständlich darf man sich durch das Wort „Kampf" oder „Wahl" nicht zu der rationalistischen, absolut falschen Auffassung verleiten lassen, als ob dabei bewußt ein Motiv gegen das andere ausgespielt, eine oder die andere „Wahl" systematisch getroffen würde. Vielmehr ist es ein in jeder Hinsicht notwendig bedingtes Hin- und Herwogen der verschiedensten Vorstellungs- und Gefühlsreihen, und die Bilder, die wir für diese Vorgänge gebrauchen, drücken nur in einigen Punkten zutreffend die tatsächlichen Verhältnisse aus. Je nachdem das Gefühl des Kampfes oder der Wahl nur dunkel oder klar bewußt wird, sprechen wir von Willkür- oder von Wahlhandlungen. Man wird aber ohne weiteres einsehen, daß die Grenze zwischen ihnen eine absolut fließende ist, ebenso wie die zwischen den Endstadien dieser beiden Arten von Handlungen, die wir im ersteren Fall Entscheidung, im letzteren Entschließung nennen. Wir erwähnen diese Begriffe nur deshalb hier, weil schon in vielen Worten auf diesem Gebiete die falschen Voraussetzungen implizite enthalten sind, an denen die ganze Willenslehre jahrhundertelang gekrankt hat.

Die Gefühle, die die Endstadien der Willensvorgänge begleiten, sind im Gegensatz zu denen der Anfangsstadien durchaus charakteristisch und sie sind es auch hauptsächlich gewesen, die immer wieder zu Fehlschlüssen über das Wesen der Willensfunktion geführt haben. Das Gefühl der Entscheidung und Entschließung hat entschieden erregende und lösende, oft auch lust- oder unlustvolle Qualitäten. Je stärker der vorhergehende Zustand des Schwankens, also des Zweifels, um so stärker natürlich auch das Entschließungsgefühl. Mit dem Eintritt der Willenshandlung kommt dann ein sehr ausgesprochenes Gefühl der Tätigkeit herein, das ausklingt in die Gefühle der Enttäuschung oder Erfüllung und Befriedigung. Bei der Triebhandlung fallen die Entscheidungs- und Entschließungsgefühle weg.

Für unsere Zwecke wichtig ist die Frage, wie die Affekte, die den Beginn der Willensvorgänge darstellen, infolge Gegenwirkung verschiedener, sich gegenseitig hemmender Gefühle allmählich sich vermindern, so daß jene Willenshandlungen zustande kommen, die aus einem scheinbar ganz effektlosen Gefühlsverlauf hervorgehen.

Als die Hauptursache dieser Entwicklung müssen wir die intellektuellen Prozesse ansehen, wo solche an Willenshandlungen in stärkerem Maße beteiligt sind. Man hat sich den Vorgang dabei so zu denken, daß mit der Komplikation der psychischen Abläufe überhaupt und der intellek-

tuellen im besonderen auch die Zahl der sich hemmenden oder wenigstens in andere Richtung drängenden Gefühle entsprechend zunimmt, der ganze Verlauf des Willensvorgangs dadurch ein langsamerer wird und so jenes rasche Ansteigen des Affekts, der ihm seine Stärke und Durchschlagskraft verleiht, einem langsameren, aber dafür zielsichereren Sichdurchsetzen, ruhigeren Gefühlsvorgängen Platz macht. Aber völlig affektlos ist kein Willensvorgang und es liegt in der Natur des Wollens, daß es überall da, wo der Affekt und das Gefühl einen gewissen Mindestgrad erreicht haben, durch einfach reflektorische Vorgänge, durch Übungsvorgänge also, ersetzt wird.

Infolge der Ermäßigung des Affekts, d. h. infolge der Vermehrung der intellektuellen Bestandteile, kann sich nun im Laufe der Entwicklung die innere Willenshandlung ausbilden, wobei die den Willensvorgang abschließende Handlung „in irgend einer Veränderung jenes Vorstellungsverlaufes besteht, die an vorangegangene Motive infolge einer eintretenden Entscheidung oder Entschließung sich anreiht" (Wundt). Die begleitenden Gefühle sind genau dieselben wie bei der äußeren Willenshandlung, auch kann sich selbstverständlich letztere mit der ersteren in der mannigfachsten Weise verbinden, so daß noch kompliziertere, über längere Zeit sich ausbreitende Willensvorgänge entstehen.

Dieser Entwicklung zu immer zusammengesetzteren Formen geht nun auf der anderen Seite, wie bereits angedeutet, eine regressive Entwicklung parallel: durch häufige Wiederholung gehen zusammengesetzte Vorgänge in Triebhandlungen über, was erklärt, daß es nicht nur sinnliche, sondern auch intellektuelle, sittliche, ästhetische Triebhandlungen gibt. Durch weitere Übung werden die letzteren schließlich zu automatischen Bewegungen und zu Reflexvorgängen.

Daß viele Reflexvorgänge in diesem Sinne mechanisierte Willkürbewegungen sind, das ist zweifellos. Dagegen wird die allgemeine Ableitung der ersteren aus ursprünglichen einfachen Willenshandlungen, wie sie vor allem Wundt vertritt, vielfach bestritten und der umgekehrte Weg für den wahrscheinlicheren erklärt. Im Grunde läuft diese Frage ja auch wieder auf das allgemeinere Problem der unbewußten Vorgänge hinaus und ist schon deshalb für uns von Wichtigkeit. Es scheint mir, daß sich die scheinbar durchaus entgegengesetzten Meinungen sehr wohl vereinigen lassen, wenn man einerseits die Vererbung durch Übung mechanisierter Willensvorgänge hinzunimmt und andererseits sich der Tatsache erinnert, daß es fraglos Bewegungen gibt, die rein als Ausdruck einer gewissen inneren Spannung, als Entladung angesammelter Energien anzusehen sind. Beide Tatsachen werden sich in der Weise entgegenkommen, daß letztere Entladungstendenzen sich der vererbten Nervenbahnen bedienen. Die Beobachtungen bei den mehr oder minder unterbewußten Affektentladungen scheinen ganz für diese Annahme zu

sprechen; jedenfalls aber lassen sie die Ansicht gerechtfertigt erscheinen, daß mindestens weit mehr sogenannte automatische Bewegungen ursprünglich zielstrebigen Charakter haben, als man seitens der Gegner Wundts annimmt.

Die Richtigkeit dieser schon seit Jahren von mir vertretenen Ansicht wird durch neuere Untersuchungen bestätigt, die Kretschmer folgendermaßen zusammenfaßt: die Tendenz zur Bewegung ist allem tierischen Leben gemeinsam. Ein bedrohender Reiz entwickelt schon im kleinsten Lebewesen gewisse „Probierbewegungen", d. h. eine Überproduktion von Bewegungen, indem öfter sämtliche zur Verfügung stehende Bewegungsarten und -richtungen zunächst zutage treten. Ist unter diesen Bewegungen eine, durch die das Tier dem Bereich einer Gefahr entzogen wird, so hören zugleich mit den Reizwirkungen auch die Probierbewegungen auf, und nun geht es automatisch in der einmal eingeschlagenen Richtung weiter. Diese Reaktionsweise reicht von den Protozoen hinauf bis zu den höheren Tieren, bei denen sie sich manchmal in eigenartigen Kreisbewegungen äußert. Wirkt nun derselbe Reiz häufiger auf das Tier ein, so sehen wir eine Änderung der Reaktion. Das Tier durchläuft nämlich nicht mehr die ganze Skala aller möglichen Bewegungen, sondern reagiert sofort mit einer Bewegungsform, die eine wesentliche Verkürzung der Anfangsform darstellt. Und dies Gesetz der formelhaften Verkürzung von Bewegungen ist ein biologisches Grundgesetz von weitreichender Bedeutung. Auf ihm beruht auch beim Menschen nicht nur die Erlernung jeder einfachen Tätigkeit, sondern auch die der komplizierteren Funktionen, der Schrift, der Sprache, der Mienen, Gebärden, kurz aller, die Verbindung der Menschen vermittelnden Ausdrucksformen.

Wir haben also für die elementare Entwicklung des motorischen Verhaltens gegenüber äußeren Reizen vier Akte: 1. Überproduktion von Bewegungen, 2. Selektion der überproduzierten Bewegungen durch automatische Fortsetzung der reizaufhebenden Bewegung, 3. formelhafte Verkürzung des Selektionsvorganges, 4. Einschleifung der Verkürzungsformel.

Aus den Selektivbewegungen entstehen dann allmählich die Gewöhnung und zuletzt die Reflexbewegungen, und das psychomotorische Verhalten eines erwachsenen höheren Lebewesens besteht demnach in drei Gruppen von Reaktionsvorgängen: die Mehrzahl aller notwendigen Akte wird mit fertigen Reflexen oder Gewöhnungen vollführt und nur für neue und kompliziertere Situationen kommen die Selektivreaktionen zur Verwendung.

Bei den höheren Lebewesen werden dann die Selektivreaktionen immer mehr von außen nach innen verlegt, so daß das Probieren also jetzt nicht mehr „auf der Skala der Bewegungen selbst, sondern schon gleichsam auf der Skala der Bewegungskeime" geschieht. Mit den physiologischen Selektivakten verbundene Bewußtseinsvorgänge aber sind Willensvorgänge. Diese

haben also, wie Kretschmer meint, ihre Eigenart zum Teil eben durch ihren Charakter als Bewegungskeim, d. h. als eine direkte oder indirekte Tendenz zum psychomotorischen Ausdruck, zur Innervation, zur Veränderung des Muskel- und Gefäßtonus, zur Zweckbewegung, zum Schreiben und Sprechen. Auf den niedrigen Entwicklungsstufen haben sich Willensausdruck und Affektausdruck noch nicht differenziert.

Diese Auffassung ist deswegen von nicht unerheblicher Bedeutung gerade für Behandlungszwecke, weil sie ein Verständnis für die Einwirkung auf normalerweise dem Willen nicht mehr zugängliche Bewegungen ermöglicht und weil sie andererseits dem Psychotherapeuten, der so oft vor die Notwendigkeit gestellt wird, seinen Kranken Übung irgend einer Tätigkeit bis zur Erzielung völlig automatischen Ablaufs raten zu müssen, wenn er Dauerndes erreichen will, die Möglichkeit der Aufklärung darüber und der systematischen Ausführung an die Hand gibt.

Übrigens haben auch bei dieser Frage wie bei allen Willensproblemen, nichtpsychologische, metaphysische, religiöse oder wenigstens ethische Momente eine leider recht große Rolle gespielt: es paßte vielen nicht recht ins System, daß ein Willensvorgang, in dem sich doch des Menschen ureigenste Würde offenbaren sollte, sich bis zum Reflex sollte „erniedrigen" können! Letztere mußten also ganz für sich dastehende Erscheinungen sein.

Damit kämen wir noch ganz kurz auf die Frage der Willensfreiheit zu sprechen, wovon später noch öfters wird die Rede sein müssen, da das Schuldproblem eines der wichtigen, wenn nicht das wichtigste Problem in der Genese der Neurosen und sicher auch vieler anderer funktionellen und scheinbar rein organischer Erkrankungen ist.

Man wird schon aus dem Vorhergehenden zur Genüge ersehen haben, daß die vulgäre (und frühere philosophische) Auffassung des Willens den Tatsachen in keiner Weise gerecht wird, sondern mit Worten operiert, denen der Inhalt fehlt. Das Wollen ist ein höchst komplizierter, in allen seinen Teilen im einzelnen nie völlig erfaßbarer Vorgang, ein Werden, kein Sein. Vor allem gilt es keinen „Willen" als ein „Vermögen", das neben den Motiven und von ihnen unabhängig selbständig „wählen", von den darauf eindringenden Motiven einem willkürlich den Vorzug geben, „frei" sich entscheiden könnte. Dieser Wille ist nichts als eine metaphysische Konstruktion bzw. eine reine Abstraktion und er existiert für den sachlichen Beobachter wirklicher seelischer Vorgänge nie und nirgends. Wenn dieser Begriff trotzdem noch überall sein Wesen treibt, so liegt das in seiner engen Verquickung mit zahllosen ethischen und religiösen Vorstellungen und Gefühlen begründet. (Von diesem religiösen und ethischen Standpunkt aus betrachtet, muß die Willensfreiheitsfrage natürlich anders bewertet werden; für uns handelt es sich hier nur um die psychologische und speziell psychopathologische Seite.) Daß die Tatsache

des beständigen Fließens aller seelischen Vorgänge bei den Gefühls- und Willensfunktionen sich in ausnehmend klarer Weise zeigt, gibt ihnen für das Verständnis des seelischen Geschehens eine besondere Bedeutung und hat der Erkenntnis von der absoluten Falschheit der intellektualistischen Ansicht, die die Vorstellungen verdinglichen wollte, erst wirklich zum Durchbruch verholfen.

In naher Beziehung zu den Willensvorgängen stehen die Aufmerksamkeitsvorgänge. Ihre Gefühlsseite und ebenso die dabei auftretenden, mehr oder minder deutlichen Muskelempfindungen sind durchaus den sonst bei Willkürhandlungen gemachten Beobachtungen ähnlich. Der einfacheren Form der inneren Willenshandlung entspricht die sogenannte unwillkürliche Aufmerksamkeit, der komplizierteren Form, speziell der Wahlhandlung, die willkürliche Aufmerksamkeit.

Endlich schließt sich ganz naturgemäß gerade an die Willensvorgänge die Entwicklung des Ichgefühls und des Selbstbewußtseins an. „Indem nämlich die Willensprozesse als in sich zusammenhängende und bei aller Verschiedenheit ihrer Inhalte gleichartige Vorgänge aufgefaßt werden, entsteht ein unmittelbares Gefühl dieser Zusammenhänge, das zunächst an das alles Wollen begleitende Gefühl der Tätigkeit geknüpft ist, dann aber infolge der oben erwähnten Beziehungen des Wollens über die Gesamtheit der Bewußtseinsinhalte sich ausdehnt“ (Wundt). Damit ist aber auch die Anregung zur Unterscheidung von Objekten, die dem Subjekt gegenüberstehen, gegeben.

Man wird aus dieser kurzen Darstellung all der Faktoren, die mit Gefühls- und Willensvorgängen zusammenhängen, ersehen, wie stark alle Störungen gerade dieser Funktionen auf den psychophysischen Gesamtorganismus einwirken müssen.

4. Assoziation, Reproduktion, Gedächtnis.

Unter einer Assoziation verstand man ursprünglich nur die Verbindung von Vorstellungen untereinander und unterschied Verbindungen nach Ähnlichkeit oder Kontrast und nach Gleichzeitigkeit oder Sukzession. Die ersteren beiden wurden als innere oder Ähnlichkeitsassoziationen den letzteren als äußere oder Berührungsassoziationen gegenübergestellt und indem man Übung und Gewöhnung als die Grundlage der assoziativen Tätigkeit ansah, glaubte man dadurch allein im wesentlichen den Zusammenhang seelischer Vorgänge und auch die Erinnerungsvorgänge erklären zu können.

Die weitere Entwicklung der Psychologie zeigte dann freilich, daß man bei dem Begriffe der Assoziation von zusammengesetzten Vorstellungen nicht stehenbleiben konnte, sondern daß schon bei ihrer Zusammensetzung aus elementaren Empfindungen die Assoziation eine ungeheure Rolle spielt, und sie zeigte ferner, daß man keinen Grund hatte, die Asso-

ziationstätigkeit auf die Vorstellungen zu beschränken, daß sie vielmehr auch bei den Gefühls-, Affekt- und Willensvorgängen in ähnlicher Weise in Betracht kommt.

Assoziationen psychischer Elemente werden nach Wundts Vorschlag als Verschmelzungen bezeichnet. Es sind diejenigen Vorgänge, durch die alle zusammengesetzten psychischen Gebilde überhaupt erst entstehen. Als Beispiele mögen genannt sein die Verbindungen verschiedener elementarer Gehörseindrücke zu einem Zusammenklang, verschiedener einfacher Gefühle zu einem zusammengesetzten Gefühl, verschiedener Tast- und Gesichtsempfindungen zu räumlichen Gebilden.

Bei einer Wahrnehmung wird ein Teil der Bestandteile durch den äußeren Sinneseindruck gegeben (wobei schon die Verschmelzung tätig ist), ein anderer Teil aber wird aus bereits früher empfangenen Eindrücken hinzugetan. Das so entstehende Assoziationsprodukt wird Assimilation genannt. So ist das Hören der Worte Produkt fortgesetzter Assimilationen: der Schalleindruck an sich ist bei raschem Sprechen meist viel zu unvollständig, um für sich allein ein richtiges Verstehen zu ermöglichen. Es wird vielmehr im Moment des Auftauchens der Schallwahrnehmung eine Anzahl früherer, ähnlicher Eindrücke wachgerufen, reproduziert, und diese ergänzen die Wahrnehmung zur Vollständigkeit. Das Verhören macht diesen Vorgang besonders deutlich, wenn wir etwa anstatt des richtigen Wortes deshalb ein falsches hören, weil der Schalleindruck sich sofort mit zufällig bereitliegenden ähnlichen, aber doch nicht zu diesem Eindruck passenden Erinnerungen an frühere Eindrücke (sogenannten „reproduktiven Elementen") assoziiert. Das Verlesen ist in dieser Hinsicht sehr eingehend experimentell geprüft worden, und es hat sich auch dabei gezeigt, wie stark Assimilationswirkungen im Spiele sind: wir lesen z. B. nicht nur deshalb über die Druckfehler eines Buches hinweg, weil wir die falschen Buchstaben nicht bemerken, sondern hauptsächlich deshalb, weil wir statt der falschen die richtigen aus der Erinnerung dazu ergänzen, also in Wirklichkeit die richtigen sehen. Die Untersuchungen zur Psychologie der Zeugenaussagen und der Aussagen überhaupt haben auch auf dem Gebiet der Beobachtung von Vorgängen des täglichen Lebens, z. B. irgend welcher komplizierteren Handlungen (Diebstahl, Schlägereien usw.) ergeben, daß diese Beobachtungen durchgehend von reproduktiven Elementen in einer außerordentlich starken Weise beeinflußt und oft genug vollkommen verfälscht werden. Für uns kommt diese Tatsache besonders deshalb in Betracht, weil auch die Wahrnehmungen innerer Organempfindungen den Assimilationswirkungen unterliegen. Hat z. B. zu irgend einer Zeit eine organische Erkrankung irgend eines Körperteils oder bestimmter Funktionen gewisse Empfindungen in uns gesetzt, so wird später schon ein leisestes Anklingen ähnlicher Empfindungen die ganze Reihe der von früher hier bereitliegenden reproduktiven Elemente wachrufen,

und diese Assimilationen werden dann Symptome produzieren können, die von den früheren, organisch bedingten ohne psychologische Kenntnisse durchaus nicht zu unterscheiden sind. Es ist nötig, sich klarzumachen, daß es sich also dabei um gesetzmäßige Verkettungen von Vorstellungs- und Gefühlsbestandteilen handelt, die absolut nicht in das Belieben der betreffenden Persönlichkeit gestellt und mit dem Worte „Einbildung" nicht zu erledigen sind. Andererseits leuchtet ein, wie leicht die durch reproduktive Elemente wesentlich veränderte Wahrnehmung zu einer eigentlichen Illusion werden kann. Natürlich kommen dann weiter auch zwischen den reproduktiven Elementen selbst wieder Assimilationen vor, wodurch das ganze noch viel mehr kompliziert wird.

Handelte es sich bei den Assimilationen um Verbindungen gleichartiger psychischer Gebilde, so werden als Komplikationen solche zwischen ungleichartigen bezeichnet. Die Ungleichartigkeit läßt aber diese Verbindungen weniger fest werden, weshalb der reproduzierte Bestandteil meist leichter als solcher erkannt werden kann. Ein Teil der verbundenen Faktoren pflegt aber dann so stark hervorzutreten, daß trotz der loseren Verbindung das Ganze doch etwas Einheitliches darstellt. So pflegen beim Sprechen die akustischen Wortbestandteile die herrschenden zu sein. Die mit ihnen assoziierten Bewegungsempfindungen und optischen Wortbestandteile treten ihnen gegenüber zurück, können jedoch z. B. durch ihre Gefühlsbestandteile trotzdem einen starken Einfluß auf die Art, wie wir das Wort oder den Satz als Ganzes auffassen, ausüben. Oder innerhalb der Totalität des Lebensgefühls treten einzelne Organempfindungen und Gefühle besonders deutlich hervor, aber die dunkleren unter ihnen üben vermittels ihres besonderen Spannungs- oder Lustcharakters dennoch eine erhebliche Wirkung auf das Totalgefühl aus.

Die Verschmelzungen, Assimilationen und Komplikationen sind Verbindungsvorgänge, die in einem für die unmittelbare Beobachtung unteilbaren und also auch für den psychologisch nicht Geschulten unerkennbaren Akte sich vollziehen. Man nennt sie daher simultane Assoziationen.

Ihnen stehen die sukzessiven Assoziationen gegenüber. In diesen wird der Assoziationsakt derart verzögert, daß er deutlich als aus zwei Akten zusammengesetzt erkennbar ist: wir finden ein reproduzierendes und ein reproduziertes Element und sind oft schon bei einfacher Beobachtung imstande, diese beiden als getrennt auftretende Faktoren zu unterscheiden. Wenn wir ein Rosenblatt sehen und dazu alsbald das ganze Bild einer Rose vor uns auftaucht, so ist das Blatt das reproduzierende Element und die anderen Vorstellungsbestandteile, die die ganze Rose zusammensetzen, sind die reproduzierten Elemente. Man sieht daraus zugleich auch, daß die sukzessive Assoziation mit den Wieder-

erkennungs- und Erinnerungsvorgängen in besonders inniger Beziehung stehen, wie die simultanen Assoziationen mit den Wahrnehmungsvorgängen. Andererseits können sie sich den letzteren dann sehr nähern, wenn es sich um Wiedererkennung sehr oft wahrgenommener Gegenstände handelt. Man kann sagen, je größer aus irgend einem Grunde die Hindernisse sofortiger Assimilation bei einer Wahrnehmung sind, um so mehr haben die dem einfachen Wiedererkennungsvorgange eigentümlichen Bekanntheitsgefühle Gelegenheit, in Wirksamkeit zu treten, und um so deutlicher bekommt man den Eindruck zweier selbständiger Gebilde, die sich als Wahrnehmung und als dadurch gewecktes Erinnerungsbild darstellen. Die frühere Assoziationspsychologie, die die heutigen subtilen Untersuchungsmethoden nicht kannte, gebrauchte den Ausdruck „Assoziation" ausschließlich für solche, wie man sieht schon sehr kompliziert gebauten Erinnerungsassoziationen. Daß sie damit nicht im Rechte ist, wird ohne weiteres klar, wenn man bedenkt, welche Rolle bei den elementaren Assoziationsvorgängen schon das primitive Erinnern spielte.

Das Gedächtnis, das sich auf der Assoziationstätigkeit aufbaut, hat in den letzten Jahren sehr eingehende Untersuchungen experimenteller Art erfahren, und da die Ergebnisse teilweise pädagogisch sehr wichtig sind, so seien die wichtigsten, soweit sie hier in Betracht kommen, kurz mitgeteilt.

Zunächst ist auch beim Begriff des Gedächtnisses zu bedenken, daß es keine feststehende Größe im Sinne der alten Vermögenslehre ist: es gibt eigentlich kein Gedächtnis, sondern nur Gedächtnisse, d. h. sehr verschiedene Arten des Reproduzierens, die nicht nur bei verschiedenen Individuen, sondern auch beim gleichen Individuum zu verschiedenen Zeiten sehr voneinander abweichen können. Man hat nach den Hauptrichtungen verschiedene Typen unterschieden. Der visuelle Typus bevorzugt Gesichtsvorstellungen. Diese Menschen reproduzieren Farben und Formen leicht und lebhaft, sehen bloß Gedachtes unter Umständen mit größter Deutlichkeit vor sich und sind imstande, es deutlich von anderem zu unterscheiden. Sie haben z. B., wenn sie sich auf eine Stelle in einem Buche besinnen, die Stelle so klar vor Augen, daß sie sie gleichsam aus dem Buche ablesen. Beim auditiven Typus haben die Gehörsvorstellungen die bevorzugte Rolle und beim motorischen Typus die von Bewegungen der Sprachorgane stammenden Vorstellungen. Bei Nervösen findet man oft eine, sie geradezu quälende Zähigkeit sinnlich deutlicher Reproduktion auf bestimmten Sinnesgebieten, und man geht meist nicht fehl mit der Annahme, daß irgend welche, oft unterschwellig gewordenen Affekte es waren, die die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Seite der Wahrnehmungstätigkeit besonders eingestellt und damit wenigstens zum Teil den betreffenden Typus des Gedächtnisses geschaffen haben.

Wenn wir weiterhin von einem treuen, umfassenden, leichten Ge-

dächtnis oder von besonders gutem Zeit- oder Zahlen- oder Wortgedächtnis reden, so deuten wir auch damit an, in welchen Hauptrichtungen je nach Anlage, Übung, Affekteinflüssen usw. die elementare Assoziationstätigkeit verläuft.

Natürlich wird stark Gefühlsbetontes leichter reproduziert als anderes. Wie man aber schon bei der Wahrnehmung bemerken kann, daß das Lustbetonte von der Aufmerksamkeit leichter erfaßt wird, so noch mehr bei der Reproduktion: soweit nicht bestimmte andere Einwirkungen stattfinden, werden lustvolle Erfahrungen oder Eindrücke leichter reproduziert als unlustvolle. „Die Seele vernachlässigt das Unlustvolle nicht", sagt Ebbinghaus, solange es gegenwärtig ist; es ist für sie — nicht notwendig mit ihrem Wissen, aber objektiv — das Anzeichen einer Gefährdung. Aber wenn es überwunden und vergangen ist, so hat sie die Tendenz, es von sich fernzuhalten." Man denke an das Wort von der schmerzlindernden Macht der Zeit, an die optimistische Ausmalung der Zukunft trotz schmerzlicher, bitterer Erfahrungen u. a. m. Experimentell hat unlängst Peters wieder Beweise für diese „Tendenz zur Unlustverminderung" erbracht, und man kann sie beim Kinde und bei Neurotikern in tausendfachen Erscheinungen beobachten. Sie ist auch eine der Ursachen der „Verdrängung", von der später die Rede sein wird.

Besonders leicht reproduziert wird unter sonst gleichen Umständen natürlich das Jüngsterlebte. In der ersten Zeit nach der Vergegenwärtigung oder Einprägung eines Inhalts tritt er oft auf die geringfügigsten Anlässe hin wieder ins Bewußtsein. Dann aber wird die Reproduktionsmöglichkeit sehr schnell geringer, der Inhalt wird „vergessen". Indessen konnte Ebbinghaus nachweisen, daß noch nach mehr als 20 Jahren sichere Nachwirkungen von dem einmaligen Erlernen eines Gedichtes vorhanden waren. Die Erfahrungen der Psychopathologie haben ja gerade in den letzten Jahren enorm langes Haften der Erinnerungen immer wieder gezeigt.

Abgesehen von der Konzentration der Aufmerksamkeit ist das sicherste Mittel zum Festhalten einer Erinnerung häufige Wiederholung und zwar nicht die massenhafte einmalige Häufung von Wiederholungen, sondern eine, über längere Zeite hin verteilte Art des Wiedereinprägens. Es ist eine goldene Regel auch für die Psychotherapie, daß stetige Wiederholungen, über lange Zeit verteilt, für die dauernde Herrschaft über einen Stoff absolut notwendig und von außerordentlich viel gründlicherer Wirkung sind, als eine auf kurze Zeit zusammengedrängte, wenn auch noch so intensive Beschäftigung damit. Es ist, entgegen der gewöhnlichen Ansicht, nicht zweckmäßig, bei der Einprägung eines zusammenhängenden Stoffes zuerst einzelne Teile zu lernen und dann erst das ganze zusammenzuschweißen; vielmehr erscheint es richtiger, zuerst das Ganze durchzulesen bzw. durchzuhören und dann erst an die Teile zu gehen. Die Be-

rücksichtigung solcher und ähnlicher, experimentell festgestellter Gesetzmäßigkeiten wird der psychotherapeutischen Beeinflussung mancher „Gedächtnisschwäche" zustatten kommen.

5. Denken und Erkennen.

Aus Assoziation und Reproduktion entsteht nun geordnetes zusammenhängendes Denken dadurch, daß eine beherrschende Vorstellung (Obervorstellung, Zielvorstellung) dem Ablauf der übrigen Vorstellungen die Richtung weist bzw. ihr Auftauchen zuläßt oder verhindert. Sie gehören also alle zu der Obervorstellung wie die Teile zum Ganzen. Eine einheitliche Anschauung (eine Landschaft, ein Gemälde, in den uns hier vor allem interessierenden Fällen die Vorstellung eines Organs bzw. einer Organfunktion) oder ein einheitlicher Gedanke (z. B. der an bestimmte soziale Bestrebungen) teilen sich in ihre einzelnen Inhalte, assoziativ klingen alle möglichen Erinnerungen an, einzelne werden als passend eingereiht, andere als jetzt nicht passend abgestoßen; die eingereihten entfalten weiter ihre Inhalte, von denen wieder ein Teil angenommen, ein anderer beiseite geschoben wird, bis die Zielvorstellung ihren Dienst getan hat und nun von einer neuen ersetzt wird. Letztere stellt sich beim systematischen Denken als ihre Fortsetzung dar oder wird bei der zwanglosen Unterhaltung durch neuere Wahrnehmungen oder wachgerufene Erinnerungen herbeigezogen. Im ersteren Falle kann es sich um ein ganzes System immer höherer Zielvorstellungen handeln, z. B. bei einem wissenschaftlichen Vortrag. Um sich für eine bestimmte Zeit im Bewußtsein halten zu können, muß die Obervorstellung die Aufmerksamkeit wachzuerhalten imstande sein, d. h. eine gewisse Gefühlsbetonung haben. Ist letztere zu schwach, so kommt es zu einem rein mechanisch assoziativen Ablauf der Vorstellungen wie bei der Ideenflucht, ist sie zu stark, zu Zwangsvorstellungen ähnlichen Bildungen.

Das Festhalten der Zielvorstellungen in einem längeren Gedankenablauf wäre nicht möglich ohne die Sprache, von der man mit Recht gesagt hat (Ebbinghaus) ihre leichte Angliederung an alle möglichen und beliebig verwickelten Inhalte mache sie zur unvergleichlichen Trägerin der Einheit auch der reichhaltigsten Obervorstellungen und zu ihrem sicheren Hort inmitten aller Verschlingungen und Seitensprünge der Gedanken.

Auf zwei jetzt oft genannte Begriffe sei hier noch aufmerksam gemacht. Das Ganze der Bedingungen, unter denen gerade eine bestimmte und keine andere Assoziation auftaucht, wird als deren Konstellation bezeichnet, und man spricht dann davon, daß die einzelnen Bedingungen konstellierend wirkten. Während eines Aufenthaltes an der Nordsee glaubte ich eines Tages zu meinem Erstaunen auf den Glasfenstern eines Kleiderschrankes, den ich bis dahin nicht beachtet hatte, Glasmalereien, Seeland-

schaften darstellend, zu erblicken. Bei näherem Zusehen ergab sich, daß Wäschestücke, durch das Glas durchschimmernd, diese Täuschung verursacht hatten. In diesem Falle war der Wahrnehmungs- bzw. Vorstellungsablauf durch den Aufenthalt an der See konstelliert. Im Gebirge hätte ich wahrscheinlich eine Gebirgslandschaft gesehen.

Die außerbewußten Ursachen, deren Wirkungen sich in der Form des Sichdurchsetzens der Zielvorstellungen zeigen, werden nach Ach determinierende Tendenzen genannt.

Wie man sieht, lassen sich auch sehr komplizierte Denkvorgänge als auf die hier geschilderte Weise entstanden beschreiben. Für die nächsten praktischen Zwecke reicht diese Vorstellungsweise auch einigermaßen aus. Aber es soll nicht verschwiegen werden, daß die modernen Psychologen diese Beschreibung als lückenhaft und nicht den Tatsachen entsprechend ansehen. Schon frühzeitig hat ja Wundt, indem er dem Begriff der Assoziation den der Apperzeption entgegensetzte, darauf hingewiesen, daß die Assoziationen in allen ihren Formen passive Erlebnisse seien, während in den Vorgängen der Apperzeption, die ein Beziehen, Vergleichen, Synthese und Analyse in sich enthalten und ohne die ein Denken nicht möglich sei, etwas Aktives liege. Und die Neueren (Husserl, Messer, Witasek, Scheler u. a.) haben neben dem Vorstellungsinhalt als einen zweiten Bestandteil jeder Vorstellung den Vorstellungsakt unterschieden, wobei das Wesentliche auch wieder der Gedanke an eine Aktivität des Seelischen, an ein Inbeziehungsetzen der assoziierten Inhalte ist. Es kommt nach dieser Auffassung schon bei der einfachen Wahrnehmung außer der Wahrnehmungsvorstellung ein diese in sich befassendes Wahrnehmungsurteil in Betracht. Man weist ferner darauf hin, daß zwar, wenn wir Gedanken, Urteile, Zweifel erleben, immer auch Vorstellungen mit dabei seien, daß aber z. B. der psychische Tatbestand eines Urteils nicht nur nicht restlos, sondern in seinem Wesentlichsten überhaupt nicht in Vorstellungen auflösbar sei. Wenn man z. B. die Vorstellung „Gerechtigkeit" ohne alle weiteren Gedanken nimmt, sagt Witasek, und dann die Überzeugung denkt, „es gibt eine Gerechtigkeit", so liegt die doch zweifellose Verschiedenheit dieser psychischen Tatbestände nicht am Inhalt des Vorgestellten oder Gedachten, sondern daran, daß es sich im zweiten Falle um eine ganz andere Art, einen Inhalt zu denken, handelt. Demnach wäre man also genötigt, neben der Grundklasse der Vorstellungen noch eine zweite Grundklasse anzunehmen, deren am meisten charakteristischer Vertreter das Urteil, die Überzeugung sein würde.

Wir können auf diese teilweise sehr verwickelten Fragen hier nicht weiter eingehen; es sollte mit diesen kurzen Bemerkungen nur auf die Tatsache hingewiesen werden, daß Beschreibungen der Denkvorgänge, wie die oben gegebenen, durchaus keine Erklärungen sind und daß auf diesem Gebiet noch alles im Flusse, noch alles kontrovers ist.

Für medizinische Zwecke wichtig ist es, sich einen einigermaßen klaren Begriff über das Wesen dessen zu verschaffen, was man Intelligenz und Begabung nennt. Spricht man von produktiver Intelligenz, so meint man damit hauptsächlich die apperzeptiven Leistungen, also Schluß- und Urteilsbildung, oder auch jede Art von Zusammenfassung und Neuschaffung höherer psychischer Gebilde. Dagegen umfaßt die reproduktive Intelligenz hauptsächlich die Gedächtnis- und Lernfähigkeit. Von Bedeutung für die intellektuellen Leistungen sind die geistige Ermüdungs- und Erholungsfähigkeit und die Gewöhnungs- und Übungsfähigkeit. [Wer sich näher darüber und über andere Fragen der Begabungslehre orientieren will, sei u. a. auf das eingehende Werk von E. Meumann (193) verwiesen.]

Die verschiedenen Arten der Begabung, die in den letzten Jahren besonders eingehend studiert worden sind, hat man dadurch zu rubrizieren versucht, daß man sie nach optischer, akustischer, motorischer Anlage ordnete. Aber wenn auch dieser Gesichtspunkt für manche Zwecke notwendig und praktisch brauchbar ist, so sind doch die Übergänge zwischen diesen einzelnen Begabungsarten so zahlreiche, daß man dadurch zu allzu stark schematischen Vorstellungen gelangt. Kretschmer hat daher versucht, eine bessere Gruppierung dadurch zu schaffen, daß er seine Temperamentslehre heranzog und die Typen des anschaulich-gegenständlichen, traumhaft-romantischen und abstrakt-systematischen Denkens schuf. Das erste ist vorwiegend den Zyklothymikern, die beiden letzten den Schizothymikern eigen.

6. Die Triebe.

Die Bedeutung der Triebe und ihrer Wechselwirkung mit den gesamten höheren seelischen Funktionen für die ärztlich besonders wichtigen Tatsachen kann kaum überschätzt werden. Ein großer Teil der Neurosen und auch Psychosen und nicht zuletzt eine große Zahl scheinbar körperlicher Erkrankungen sind im Grunde nichts anderes als Ergebnisse von Konflikten der Triebe untereinander, von „Triebschicksalen". Darum seien die wesentlichsten Punkte, obwohl schon früher gestreift, hier noch näher besprochen, zumal sie mit dem folgenden Abschnitt über die Temperamente aufs engste zusammengehören.

Als erster und elementarster Trieb springt der Selbsterhaltungstrieb in die Augen. In seinen reinen Formen kommt er natürlich nur in Augenblicken von Lebensgefahr und dann auch heute noch mit derselben elementaren Gewalt wie vor Jahrtausenden zum Vorschein. Im allgemeinen aber tritt er in der heutigen Zeit als ein Sichdurchsetzenwollen in irgend einer Form auf: als Nahrungstrieb, als Wille zur Macht, wobei unter Macht bald körperliche Kraft, bald Geld, bald Stellung verstanden wird.

Der Nahrungstrieb hat in unseren Kulturbreiten im allgemeinen ja

seine unmittelbare Form verloren, wirkt aber um so stärker in der Form des Triebes zum Gelderwerb, sofern Geld die Möglichkeit zur Erreichung von materiellen Genüssen in jeder Form darstellt. In Zeiten wirklicher Not tritt der Nahrungstrieb, besonders wenn er in Massenformen sich äußert, mit seiner ganzen Gewalt und die Auslösung von ganz primitiven Reaktionen begünstigender Form hervor und ist im letzten Grunde ja auch der elementarste Grund zu Kriegen und sozialen Umwälzungen aller Art.

Der Wille zur Macht, in seinen tieferen und feineren Auswirkungen bekanntlich besonders eingehend von Nietzsche geschildert und von Adler zur Grundlage seiner Neuroseneinteilung und -behandlung gemacht, zeigt sich ebenfalls in Zeiten politischer und sozialer Umstellungen besonders stark, ist aber auch im Leben des einzelnen, im Beruf und selbst in der Familie dauernd an der Arbeit.

Es ist selbstverständlich unmöglich, diese verschiedenen Triebformen irgendwie grundsätzlich voneinander trennen zu wollen. Sie gehen überall fließend ineinander über und sind letzten Endes nur der Ausfluß der einen biologischen Tatsache, des Willens zum Leben, des biologischen Lebensdranges.

Der Sexualtrieb hängt mit den bisher besprochenen Triebregungen aufs engste zusammen und durchflicht sich mit ihnen, so daß man ebensogut sagen kann, der Fortpflanzungstrieb sei eine Form des Selbsterhaltungstriebes des Einzelindividuums und vor allem der Gattung, wie man umgekehrt behaupten kann, der Selbsterhaltungstrieb sei nur dazu da, um die Fortpflanzung, d. h. Erhaltung der Gattung, zu ermöglichen. Nirgends zeigt sich eben so deutlich wie im Triebleben der ewige Zusammenhang des Einzelindividuums und der Gattung mit dem Gesamtleben und Lebenwollen des Universums.

Über die Einzelheiten des Sexualtriebes werden wir uns weiter unten äußern und können uns deswegen hier darauf beschränken, hervorzuheben, daß, wo der Sexualtrieb nicht mit der Gesamtpersönlichkeit zu einer harmonischen Einheit verschmilzt, die tiefsten Spaltungen innerhalb der Persönlichkeit zustande kommen.

Hemmungen oder ungewöhnliche Schwächungen der Triebe, besonders des Sexualtriebes, gehen meist Hand in Hand mit einer gewissen allgemeinen Indolenz und Affektschlaffheit. Frühzeitiges Versagen kann zu Depressionen, Minderwertigkeitsgefühlen, Eifersuchtsideen und allerlei schweren neurotischen Störungen führen.

Daß Triebhemmungen nicht nur durch Konvention und Moral, sondern auch durch Eigentümlichkeiten des Triebes an sich bedingt sein können, ist sicher. So hat z. B. der Sexualtrieb eine eigentümliche Ambivalenz, d. h. neben dem starken Drang zur Betätigung auch einen oft ebenso starken zur Schamreaktion und zur Verdrängung. Das hat wohl

biologisch begründete Ursachen, wie Kretschmer mit Recht hervorhebt. Ebenso dürfte seine Vermutung, der Sexualtrieb erhalte seine überwältigende dynamische Bedeutung vielleicht gerade von diesen schroffen inneren Gegensätzen, zutreffen.

Auch die Tatsache der Verdrängung von Triebbewegungen, d. h. das Übersehen, Vergessen, Wegschieben Unlust oder verbotener Lust erregender Erlebnisse, die wir a. a. O. eingehender besprechen müssen, ist ein nicht etwa nur bei kranken Menschen zu beobachtendes, sondern allgemeines psychisches Phänomen.

Die Verwandlung der Triebe unter der Wirkung ethischer, kultureller, sozialer Verhältnisse in andere Formen psychophysischer Tätigkeit ist eine Tatsache, deren Bedeutung für die gesamte Kulturentwicklung und die Entwicklung des einzelnen nicht hoch genug bewertet werden kann. Sie bietet vor allem auch der Psychotherapie willkommene Möglichkeiten, die abnormen Triebäußerungen in diejenige Form hinüberzuleiten, die dem Kranken Lebensfähigkeit wiedergibt.

Man unterscheidet seit Freud und Breuer zwei Gruppen der Triebverwandlung: die Konversion und die Sublimierung. Unter ersterer verstehen wir die primitive, ins Körperliche gehende Triebumwandlung, so die Verwandlung sexueller Erregung in Angst und ihre Begleiterscheinungen, in Mißempfindungen aller Art, in Schlafstörungen, Darm- und Herzstörungen, Lähmungen, Tics u. a. m.

Als Sublimierung dagegen bezeichnen wir diejenige Triebumwandlung, die religiöse, ethische, soziale, künstlerische Tätigkeit an Stelle der Triebbetätigung treten läßt. Ein Beispiel dafür ist Goethe in der Zeit seines Verhältnisses zu Frau v. Stein, wo er weit mehr als zu anderen Zeiten seine sexuellen Bedürfnisse zurückdrängte, dafür aber künstlerisch Wertvollstes schuf.

7. Die Temperamente.

Von größerer Bedeutung als alle Besonderheiten der einfacheren seelischen Funktionen sind für den Unterschied der Menschen untereinander als Individualität oder Persönlichkeit, die Temperamente. Kretschmer hat mit Glück versucht, zwischen Charakter und Temperament einerseits und dem Körperbau andererseits gewisse Beziehungen herzustellen. Nach den beiden Hauptgruppen der konstitutionellen endogenen Psychosen unterscheidet er Zyklothymiker und Schizothymiker. Bei den ersteren tritt der pyknische Habitus, bei den letzteren der asthenische oder athletische Typus hervor. Die Pykniker sind im mittleren Lebensalter im allgemeinen mehr kurzgliedrige, gedrungene Leute von rundlichem, wohlgenährtem Aussehen und frischer Gesichtsfarbe. Der Knochenbau ist verhältnismäßig zart, die Muskulatur weich, das Fettpolster im allgemeinen reichlich. Sie haben im ganzen einen tonnenförmigen Rumpfumriß, der

Kopf ist etwas nach vorn geneigt, der Hals kurz und gedrungen, der Hirnschädel ist nieder und tief, die Hinterhauptsrundung ziemlich ausgesprochen, das Gesicht weich, breit und rundlich, das Profil zeigt schwach gebogene und fleischige Nase, der frontale Umriß des Gesichtes hat ungefähr eine flache Fünfeckform oder breite Schildform. Die Hände sind kurz, breit, weich, zierlich, das Haupthaar ist weich und dünn; es besteht Neigung zur Glatze, wogegen Bart und Körperbehaarung reichlich ist.

Athletische Männer sind schlank, eher langgliedrig, die Schulterpartien sind breit, muskulös, die untere Körperhälfte verjüngt sich stark, die Beine sind schlank, Knochenbau derb, Muskulatur straff und plastisch hervortretend. Der Hals erscheint hoch, kräftig und auf ihm sitzt ein derber Hochkopf mit hohem Mittelgesicht und festem, kräftigem Kinn- und Knochenrelief, der Frontalumriß des Gesichtes zeigt eine steile Eiform.

Männliche Astheniker haben einen zylindrischen Rumpf mit langgezogenem schmalen Brustkorb und schmalen Schultern. Extremitäten und Hals sind ebenfalls lang, Knochen grazil, Muskeln schlaff, Haut mager, Kopf klein, entweder hoch oder rundlich; scharfe, langgezogene Nase, die zu einem mehr hypoplastischen Unterkiefer in einem gewissen Gegensatz steht. Dadurch ergibt sich bei vorspringender Nase und zurücktretendem Kinn leicht eine Neigung zum Winkelprofil. Der Frontalumriß des Gesichtes neigt zu verkürzter Eiform, Hautfarbe häufig blaß, Behaarung des Kopfes stark, derb.

Diese Typen beim Geisteskranken finden sich nun nach Kretschmers Ansicht auch bei den nur nach der einen oder anderen Seite dieser Gruppe hin neigenden normalen Menschen. „Beim heutigen Stand der Forschung können wir also Schizothymiker und Zyklothymiker als zwei große komplexe Biotypen auffassen, aus denen sich in den verschiedensten Mischungsgraden die große Menge normaler Temperamentsschattierungen zusammensetzt.“ Die psychologischen Hauptmerkmale der beiden Typen lassen sich dahin zusammenfassen: bei den Zyklothymikern besteht eine vorwiegend heitere oder traurige, bei den Schizothymikern eine vorwiegend empfindliche oder kühle Gemütsanlage. Doch kommen natürlich bei beiden Formen Mischungen zwischen diesen Möglichkeiten vor. Unterschiede finden sich nun weiter auch in bezug auf das psychische Tempo. Man unterscheidet dabei den Grad der Geschwindigkeit, mit der psychische Abläufe (Auffassung, intrapsychische Verarbeitung, Psychomotilität) sich durchschnittlich vollziehen und den speziell psychischen Rhythmus, d. h. die Gleichmäßigkeit oder Ungleichmäßigkeit, mit der in zeitlicher und dynamischer Beziehung die einzelnen Akte aufeinander folgen. Der Zyklothymiker zeigt mehr gleichmäßiges Fließen ohne rhythmische Besonderheiten, spricht auf Freude, Leid in natürlicher und unmittelbarer Weise an, hat dagegen sehr ausgeprägte Unterschiede im allgemeinen Tempo, vom ausgesprochen schnellen bis zum ausgesprochen langsamen Verlauf (entsprechend Manie

und Depression). Umgekehrt hat der Schizothymiker wenig Charakteristisches im allgemeinen Tempo, dagegen häufig eine sehr ausgesprochene Neigung zu rhythmischen Eigentümlichkeiten. Er reagiert auf einzelne affektstarke Vorstellungskomplexe sehr überempfindlich, verbeißt sich lange und mit großer Heftigkeit in sie, bis er durch einen anderen Reiz plötzlich abgelenkt wird. Auf der anderen Seite ist er gegen viele sonstigen Wirkungen der Außenwelt unempfindlich und spricht schlecht oder gar nicht an. Da auch häufig zwischen Eindrucks- und Ausdrucksfähigkeit keine Harmonie besteht, kommt es leicht bei ihm zu Affektstauungen und sonderbaren Affektabläufen, weshalb diese Menschen oft unberechenbar sind.

Die Psychomotilität der Zyklothymiker zeichnet sich durch die bald schnelle, bald langsame, aber stets runde, natürliche, dem Impuls entsprechende Form der Mimik und der Körperbewegungen aus. Dagegen finden sich bei den Schizothymikern sehr oft psychomotorische Besonderheiten vor allem im Sinne einer fehlenden Unmittelbarkeit zwischen Reiz und motorischer Reaktion, also aristokratisch verhaltene oder affektschwache oder steife bzw. schüchterne Motilität. In ihrer gesamten Lebenseinstellung erscheinen die Zyklothymiker mit einer gewissen Fähigkeit zum Umgang mit Menschen, zur Anpassung, begabt, sind gesellig, natürlich, unmittelbar, teils flott, unternehmend, teils beschaulich und behäbig, schwerblütig. Daraus ergeben sich die Typen des tatkräftigen Praktikers und des sinnenfrohen Genießers, des breit und behaglich schildernden Realisten, des gutmütigen Humoristen, des anschaulich beschreibenden Empirikers und des volkstümlich verständlichen Popularisators, im praktischen Leben die Typen des wohlwollenden ständigen Vermittlers, des flotten, großzügigen Organisators und des derb-kräftigen Draufgängers. Als Beispiele vorwiegend zyklothymer Temperamente mit vorwiegend pyknischem Körperbau nennt Kretschmer u. a. Luther, Lieselotte von der Pfalz, Goethes Mutter, Gottfried Keller, Jeremias Gotthelf, Fritz Reuter, Hermann Kurz, Heinrich Seidel oder Gelehrte von der Art Alexander v. Humboldts, Führer vom Typus Mirabeaus.

Die Lebenseinstellung der schizothymen Menschen dagegen hat ausgesprochene Neigung zum Autismus, zum Insichhineinleben, zum Sichabgrenzen in einer inneren, wirklichkeitsfremden Traum-, Ideen- oder Prinzipienwelt, zu einem gleichgültigen oder empfindsamen Sichzurückziehen und einem Leben unter den Mitmenschen ohne Rücksicht auf sie und ohne innere Beziehungen zu ihnen. Sonderlinge, Egoisten, haltlose Bummler und Verbrecher auf der einen, feinsinnige Schwärmer, weltfremde Idealisten, stilreine Formkünstler, weltflüchtige Romantiker, sentimentale Idylliker, tragische Pathetiker, Ironiker und Sarkastiker. In der wissenschaftlichen Denkrichtung fällt ein gewisser scholastischer Formalismus, eine Neigung zum Metaphysischen und zu Systematisierungen auf.

Im praktischen Leben stellen die Schizothymiker die zäh Energischen, Unbeugsamen, Prinzipiellen und Konsequenten, die Herrennaturen, die heroischen Moralisten, die reinen Idealisten, die kalten Fanatiker und Despoten und die kalten Rechner dar. Zu den Schizothymikern rechnet Kretschmer Schiller, Körner, Uhland, Tasso, Hölderlin, Novalis, Platen, Strindberg, zahlreiche Philosophen, wie etwa Spinoza und Kant, ferner Führernaturen von der Art des Calvin, Robespierre, Friedrich d. Gr.

Wenn man auch dieser schematisierenden Einteilung gegenüber selbstverständlich das große Bedenken haben muß, daß sie der Mannigfaltigkeit des menschlichen Lebens auch nicht annähernd gerecht wird, und daß sie auf alle Fälle eben eine Betrachtung von einer Seite darstellt, so ist doch nicht zu verkennen, daß ihr eine gewisse Berechtigung innewohnt und daß sie uns jedenfalls wesentlich weiter gebracht hat, als die früheren Versuche andersartiger Schematisierung der Temperamente. Auch ist in dieser Darstellung der Beziehungen zwischen Körperbau und Charakter seit langer Zeit zum ersten Male wieder ein großzügiger Versuch nach der Richtung gemacht worden, die wir hier ebenfalls verfolgen und die auf eine eingehende Erfassung des Problems der Beziehungen zwischen Psychischem und Physischem in medizinischen Dingen geht.

Der biologische Untergrund der Temperamente ist zweifellos eine gewisse biologische Konstitutionsformel. Diese ergibt sich aus den Korrelationen der Organe zueinander, vor allem auch aus derjenigen der endokrinen Drüsen untereinander und ihrer Einwirkung auf die Gehirntätigkeit. Wir sehen einerseits, daß Individuen, denen bestimmte endokrine Drüsen weggenommen oder verkümmert sind, eine Verlangsamung und Verminderung ihrer sämtlichen seelischen Funktionen erleiden, vor allem auch ein Wegfallen affektiver Regungen. Das Umgekehrte tritt dort ein, wo innere Drüsen zu große Mengen ihrer Hormone ins Blut gießen: es zeigt sich eine Übererregbarkeit des Affektlebens, wie z. B. beim Basedow oder während der Pubertätszeit.

Es besteht eine intensive Wechselwirkung zwischen Gehirn und innerer Sekretion. Letztere wirkt unmittelbar auf ersteres in dem Sinne einer Anregung und Steigerung, unter Umständen auch Hemmung seiner Funktionen, und auf der anderen Seite sehen wir die allerstärksten Wirkungen vom Gehirn auf die inneren Drüsen ausgehen, deren Anregung nun ihrerseits wieder das Gehirn beeinflußt. So kommen höchst komplizierte Wechselwirkungen zustande, wie ich das weiter unten ausgeführt habe.

8. Charakter und Persönlichkeit.

Die Art, wie ein Mensch seine Erlebnisse gefühls- und willensmäßig verarbeitet, macht das aus, was wir seinen Charakter nennen. Dieser ist abhängig von den Einflüssen der Erbanlage, als deren Teile Trieb und

Temperament erscheinen, von dem Milieu, in dem der Mensch lebt und von stark affektiv betonten Einzelerlebnissen. Seine Weiterentwicklung geschieht dann in ständiger Wechselwirkung mit diesen beiden letzteren.

Nehmen wir zu den, den Charakter zusammensetzenden Faktoren noch die andern, die verschiedenen Menschen unterscheidenden Reaktionsarten hinzu, so kommen wir zum Begriff der Persönlichkeit und der Individualität. Wie sie als psychische Individualität letzten Endes zustande kommt, was sie im letzten Grunde ist, das bleibt uns ein Rätsel, an dessen Lösung metaphysische Spekulationen, aber nicht exakte Forschungen heranzugehen versuchen können. Wer, wie wir, davon durchdrungen ist, daß Körperliches und Seelisches im letzten Grunde Ausdrucksformen eines Dritten sind, das weiter zurückliegt als unser Erkennen reicht, der mag solche Spekulationen für seinen Privatgebrauch sich gestatten; sie werden ihm in mancher harten Stunde sauerer ärztlicher Arbeit Kraft und Mut zum Weiterwirken geben. Einen größeren Spielraum können wir ihnen hier natürlich nicht gönnen.

9. Bewußtes und Unbewußtes.

Es gibt auch heute noch Psychologen, die bewußt und psychisch als identische Begriffe ansehen, so daß also unbewußt gleich nichtpsychisch wäre. Diese Auffassung läßt sich nicht mehr halten, seitdem immer mehr Tatsachen gefunden werden, die beweisen, daß der Umfang bewußten Seelenlebens relativ klein ist im Verhältnis zu all dem, was unbewußt in uns vorgeht. Freilich müßte man, darin ist Jaspers (121) recht zu geben, eigentlich unterscheiden zwischen unbemerkten oder nach Wundt unterbewußten und unbewußten Vorgängen oder, nach Schilder (247), zwischen Nichtbemerken, Vernachlässigen und Hinwegsehen. Das Unbemerkte kann irgend einmal bewußt werden, das Außerbewußte wäre an sich, d. h. ohne daß ihm auf irgend einem mehr oder minder komplizierten Wege der Zutritt zum Bewußtwerden freigemacht würde, nie dazu imstande. In diesem Sinne genommen, wäre also das Un- oder Außerbewußte nur ein zwar oft kaum zu entbehrender Hilfsbegriff, aber eben ein rein theoretisches Gebilde, dessen Realität nie zu erweisen wäre. Indessen gibt es — auch abgesehen von allen erst im praktischen Teil zu erörternden Fragen über das Unbewußte der Psychoanalyse — doch täglich zu beobachtende Fälle, wo das Unbewußte nicht nur das Unbemerkte ist und trotzdem indirekte Beweise seiner Existenz geben, also seine Realität erweisen kann. So wenn wir uns auf etwas besinnen wollen, es nicht finden können, einige Zeit uns mit etwas ganz anderem beschäftigen und nun ganz plötzlich das Gesuchte vielleicht mitten in einer anderen Arbeit auftauchen sehen, oder wenn sich die Lösung einer schwierigen Aufgabe am Abend nicht erreichen läßt, am Morgen aber plötzlich da ist. Hier wäre der Ausdruck „unbemerkt" nicht richtig; denn wir werden wohl nie dahin kommen, diese

Art unbewußter Verarbeitung bewußt zu beobachten. Ebenso ist unbewußt und nicht bloß unbemerkt das Motiv des Handelns für den unter dem Einflusse einer posthypnotischen Suggestion Handelnden: wenn er später nicht vom Hypnotisierenden aufgeklärt wird, wird das Motiv dauernd für ihn nicht vorhanden sein. Nur unbemerkt ist dagegen z. B. das sogenannte unbewußte Wahrnehmen eines Glockenschlages. Auch die allmählich automatisch vor sich gehenden Handlungen gehören hierher.

Schon bei ihnen und noch mehr bei eigentlichen „Instinkthandlungen" zeigt sich, daß der Unterschied zwischen unbemerkt und unbewußt eben im Grunde auch ein fließender ist: dieselbe psychische Tatsache, die ich mir heute bei genauerer Selbstbeobachtung als durch eine ganz bestimmte Konstellation in ihrer unbewußten — in diesem Falle eigentlich unbemerkten — Entstehung bedingt ohne viel Mühe erklären kann, hat mir vielleicht wenige Wochen vorher einen völlig unerklärlichen, weil in ihrer Psychogenese unerkennbaren Eindruck gemacht. Die Ursachen blieben also im letzteren Fall durchaus unbewußt. Die Bewußtheit oder Unbewußtheit eines Vorganges ist demnach im wesentlichen abhängig von der Möglichkeit oder Unmöglichkeit, die ihn bedingenden oder von ihm bedingten seelischen Geschehnisse in ihrer Gesamtheit zu reproduzieren. Die Reproduktionsfähigkeit wird dabei naturgemäß alle denkbaren Grade aufweisen können und dementsprechend auch die Bewußtheit. Wenn ein Redner sich auf eine öffentliche Rede vorbereitet und dabei genau überlegt, welcher Ausdrucksweise, welcher Mimik, welcher Tonmodulation er sich bei einzelnen Stellen bedienen will, wo wird er, wenn er nun seine Rede wirklich hält, an einzelnen Stellen klar bewußt, an anderen kaum bewußt die entsprechenden Worte usw. benutzen. Kommt er aber jahrelang später wieder einmal in eine ähnliche äußere Situation, wird durch irgend welche politischen oder sonstigen Gegner gereizt und spricht nun etwa in der Diskussion, so wird er nunmehr unter Umständen völlig unbewußt — weil ganz vom Affekt in Anspruch genommen — die früher einmal eingeübten Ausdrucksmöglichkeiten benutzen und wird so u. U. an Stellen besonderen Eindruck machen, wo er sich überhaupt nicht entfernt erinnert, daß er dergleichen beabsichtigt hatte. Vielleicht ist es ihm sogar unangenehm, durch die Stärke des Affekts, die in seiner Mimik usw. zum Ausdruck kam, seine tiefsten Wünsche und Strebungen verraten zu haben.

Es scheint mir kaum möglich, mit auch nur annähernder Bestimmtheit sagen zu wollen, wo in solchen und tausend ähnlichen Fällen die Grenze zwischen unbemerkt und unbewußt gesteckt werden soll, und es kann sich da also höchstens um einen graduellen Unterschied handeln. Immerhin wäre es aus Gründen tunlichster Klarheit in der Terminologie wünschenswert, die einigermaßen deutlich mehr nach der einen oder anderen Seite gehörigen psychischen Tatsachen auch im Ausdruck womöglich auseinander zu halten und von unbemerkten, unbeachteten (viel-

leicht manchmal, nach dem Vorschlag von Klages, noch besser von nur erlebten) Vorgängen und von wirklich unbewußten zu sprechen. Mit dem Ausdruck „erlebt" wird man für gewisse Fälle einem Umstand noch mehr gerecht, als mit „unbemerkt" oder „unbeachtet", nämlich dem, daß es tatsächlich verschiedene Akte des Bewußtseins sind, ob ich etwas einfach erlebe oder ob ich es auch denke. Wird einem Kind in unwilligem Tone befohlen, etwas zu tun oder zu lassen, so reagiert es nicht nur auf den Inhalt des Gesprochenen, sondern auch, oft genug noch mehr, auf den Ton. Der Ton bleibt also nicht unbewußt, aber das Kind denkt ihn nicht. Klages hat sicher recht, wenn er sagt: „Es gibt auch auf pathologischem Gebiet zahllose Fälle, wo die Diskrepanz nicht zwischen Bewußtsein und Nichtbewußtsein besteht, sondern zwischen dem Erleben und dem Denken des Menschen dergestalt, daß sein Denken sich in einen habituellen Widerspruch mit seinem Erleben gesetzt hat."

Im allgemeinen ist man auch unter den Psychologen, soweit sie sich nämlich bemühen, Psychisches nur aus Psychischem abzuleiten — was ich vorläufig als ein zweckmäßiges, ja notwendiges heuristisches Prinzip ansehe — allmählich der Ansicht, daß wir bei dem Versuch, einen psychischen Kausalzusammenhang herzustellen, nicht mit den Vorgängen auskommen, die wir direkt durch die innere Wahrnehmung in uns finden, sondern daß wir Vorgänge als psychisch wirksam annehmen müssen, die selbst bei stark darauf gerichteter Aufmerksamkeit durch innere Beobachtung nicht konstatiert werden können.

Eine andere Frage ist nun freilich die, wie solche unbewußt ablaufenden Vorgänge beschaffen sind. Die Mehrzahl der Psychologen, sofern sie nicht unbewußt einfach mit physiologisch identifizieren, leugnet die Möglichkeit, darüber überhaupt etwas aussagen zu können. Sie sprechen höchstens von psychischen Dispositionen, von Vermögen oder Fähigkeiten, die, sobald sie aktiviert werden, eben nicht mehr unbewußt, sondern daneben schon, wenn auch vielleicht minderbewußte Bewußtseinsinhalte seien. Demgegenüber hat z. B. Bleuler den Satz formuliert, das Unbewußte ist nach allen Eigenschaften, die wir daran konstatieren, gleich wie das Bewußte. „Wir kennen nur einen Unterschied: das Dasein oder Fehlen der bewußten Qualität." Wir könnten demnach nicht nur von unterbewußten Gefühlen, einfachen Empfindungen und assoziativen Vorgängen, sondern auch von unbewußten Schlüssen, Urteilen, Gedanken u. a. m. sprechen. Klages hat indessen nicht ganz unrecht, wenn er sagt, als „unbewußt" können Empfindungen, Vorstellungen, Gefühle nicht dasselbe sein, was sie als Bewußtseinsinhalte sind. Wir würden mit einer solchen Annahme nur das Bewußtsein verdoppeln, indem wir dem zweiten Bewußtsein den Index „unbewußt" anhängen. Damit wäre psychologisch aber gar nichts tatsächlich erklärt (von metaphysischen Erklärungen sehen wir natürlich ab), wenigstens wenn man unter Erklärung die Zurück-

führung komplizierter Vorgänge auf einfache bzw. andersartige versteht. Wenn allerdings die Ansicht Bleulers (24) u. a. sich als richtig erweisen ließe, daß die unbewußten Vorgänge sich im wesentlichen insofern von den bewußten unterscheiden, als bei den letzteren eine enge Verbindung mit dem aktuellen Komplex bestände, bei dem ersteren aber nicht, so wäre damit wenigstens eine Erklärung angebahnt. Bleuler meint: „Alles Bewußte also ist durch viele Verbindungen mit dem Ich assoziiert. Alles Unbewußte ist gar nicht oder nur in geringem Grade, nebensächlich, mit irgend einer mehr oder weniger isolierten Funktion des Ich oder auf Umwegen, niemals intim, mit diesem verbunden. Alles Unverbundene ist unbewußt. Alles intimer Verbundene ist bewußt." Allein diese Ansicht ist auch noch vielumstritten und so bleibt für die Praxis der Psychotherapie, für die wir irgend eine Möglichkeit des Ausdruckes für unbewußte Abläufe brauchen, nur übrig, die Tatsächlichkeiten so zu beschreiben, als ob hinter den bewußten Geschehnissen unbewußte, nach ähnlichen Gesetzen und in ähnlichen Formen verlaufende, sich abspielten, die sich also von den ersteren nur dadurch unterscheiden, daß ihnen der Bewußtseinscharakter fehlt. Dadurch erreichen wir, das beweist eben die Praxis, in sehr vielen Fällen das Wesentliche, daß die Kranken nun bewußt verarbeiten lernen, was vorher wie ein der Verarbeitung unzugängliches Etwas in ihnen schädigende Wirkungen entfaltete. Und wenn wir diese Umbildung unter dem Einflusse solcher „Erklärungen" immer wieder mit einer auffallenden Gesetzmäßigkeit vor sich gehen sehen, so scheint das immerhin darauf hinzudeuten, daß in der Tat dem bewußten Geschehen wesensverwandte Vorgänge unter der Schwelle sich abspielen.

Das aber müssen wir uns öfters vor Augen zu halten versuchen: wir sprechen, wenn wir so vorgehen, die Sprache des bewußten Denkens, und müssen uns hüten, das Unbewußte allzusehr zu rationalisieren. Dieser Gefahr ist, wie ich schon vor Jahren ausgeführt habe, die Freudsche Schule (nicht Freud selbst, der sich überhaupt immer bemüht, die Grenze der wissenschaftlich erlaubten Hypothesen nicht zu verlassen) in vieler Hinsicht verfallen und das hat zu vielen, sonst vermeidbaren Irrtümern und Mißverständnissen geführt. Darauf, wie noch auf manches andere Problem, kommen wir später, nachdem ich das Tatsachenmaterial vorgeführt haben werde, noch näher zurück. Hier sei nur noch auf einen Punkt kurz eingegangen. Wenn es zwischen Bewußtem und Unbewußtem keine festen Grenzen gibt, so kann es auch keine solchen geben zwischen Bewußtseinsfähigkeit und Bewußtseinsunfähigkeit. Wie wir sehen werden, sprechen die Tatsachen durchaus für die Richtigkeit dieses Schlusses und ich möchte damit auch hier schon betonen, daß das Kriterium der Bewußtseinsunfähigkeit, das speziell dem Freudschen Begriff des Unbewußten eignet, meines Erachtens nicht haltbar ist.

10. Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens.

Einer besonderen Eigentümlichkeit des Seelenlebens, die für unseren Zweck wichtig ist, müssen wir wenigstens noch in Kürze Erwähnung tun. An anderer Stelle versuche ich zu zeigen, daß es gewisse allgemeine typische Reaktionsweisen gibt, die sich ungefähr in derselben Form bei allen Menschen wiederfinden. Diese Tatsache gründet sich auf das, was Marbe als die Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens bezeichnet hat und was im übrigen eine, jedem sachlichen Beobachter schon im gewöhnlichen Leben auffallende Erscheinung ist. Da indessen gerade für die Behandlung von Kranken die Tatsache dieser Gleichförmigkeit insofern eine besondere Bedeutung hat, als man auf der Grundlage dieser Erkenntnis unter bestimmten Voraussetzungen auch bestimmte Reaktionen bekommen muß, so sei hier einiges von dem, was in der allgemeinen Psychologie darüber bekannt ist, besprochen.

Wenn wir einer größeren Anzahl von Personen einzelne Worte zurufen und sie vorher auffordern, sofort das ihnen zunächst einfallende Wort niederzuschreiben, so zeigen die von den verschiedenen Personen niedergeschriebenen Worte eine ganz auffallende Übereinstimmung. So zeigten Experimente, daß Verwandtschaftsnamen hauptsächlich wieder Verwandtschaftsnamen, Adjektiva meistens Adjektiva, Ort- und Zeitadverbien meist Ort- und Zeitadverbien, Zahlwörter meist Zahlwörter assoziieren.

Ähnlich läßt sich zeigen, daß, wenn man einen größeren Kreis von Zuschauern auffordert, aus einem Kartenspiel eine beliebige Karte des jeweils gezeigten Kartenpaares zu merken, eine merkwürdige Übereinstimmung des Verhaltens der Zuschauer festzustellen ist. Am meisten bevorzugt wird das Aß, dann folgen die hohen Zahlen, dann die Figuren, dann die niedrigen Zahlen und schließlich die mittleren.

Wird eine große Zahl von Personen aufgefordert, eine beliebige Zahl von 1—10, von 11—20, von 21—30, von 31—40, von 41—50 aufzuschreiben, so werden die meisten Zahlen mit der Endziffer 5 notiert, und jede andere Zahl um so seltener, je mehr ihre Endziffer, sei es nun nach oben oder unten, von 5 abweicht.

Wird eine große Zahl von Personen ersucht, irgend einen beliebigen Farbennamen aufzuschreiben, so ergibt sich, daß die meisten das Wort rot niederschreiben. Selbst wenn einfach der Auftrag gegeben wird, ein beliebiges Wort zu schreiben, so findet man, wenn der Versuch im großen gemacht wird, meist überraschend ähnliche Reaktionen.

Es zeigt sich also aus diesen Versuchen eine noch viel größere Gleichförmigkeit der seelischen Vorgänge unter ähnlichen Bedingungen, als wir auf Grund unserer gewöhnlichen Erfahrung bisher gewußt haben. Natürlich ist diese Gleichförmigkeit in mancher Hinsicht von dem Milieu abhängig, dem die Versuchsperson angehört. Aber es gibt auch wissenschaftlich feststellbare Gleichförmigkeiten, bei denen das Milieu keine

Rolle spielt, sondern deren Vorhandensein in weit auseinanderliegenden Jahrhunderten bei ganz verschiedenen Völkern und bei ganz verschiedenartigem Material sich nachweisen läßt. Marbe (179) berichtet z. B. von einer ganz merkwürdigen Übereinstimmung, die sich feststellen läßt, wenn man die Zahlen auf alten römischen Grabdenkmälern, bei amerikanischen Volkszählungen und beim Abschätzen von Strecken miteinander vergleicht.

Vergleicht man die Vorstellungen, die sich Kranke über die Art und Entstehung ihres Zustandes machen, miteinander, so zeigt sich auch darin bei Gebildeten wie bei Ungebildeten eine in vieler Hinsicht erstaunliche Ähnlichkeit. Das ist sicher einer der Gründe, weshalb Kurpfuscher, die es besonders gut verstehen, an diese Vorstellungen anzuknüpfen, vom Gebildeten wie Ungebildeten in gleicher Weise aufgesucht werden. Man wird von medizinischer Seite gut tun, sich zu fragen, ob hinter dieser Tatsache der Gleichförmigkeit solcher Vorstellungen nicht bestimmte faßbare Ursachen stecken, die dem wissenschaftlich denkenden Arzt die Möglichkeit geben, seinerseits diese Gleichförmigkeit auch zu Heilzwecken zu benutzen. In der Tat bestehen offenbar biologisch begründete Beziehungen zwischen bestimmten Organstörungen, sprachlichen Ausdrücken und Krankheitsvorstellungen. Wie sie zu benutzen sind, wird weiter unten in dem Abschnitt über die Organsprache gezeigt werden. Hier sei nur noch darauf hingewiesen, daß ganz allgemein die Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens uns instand setzt, unter gegebenen Verhältnissen mit Sicherheit bei unseren Kranken bestimmte Reaktionen zu erwarten und zu erzielen und daß es zweckmäßig ist, sich diese Tatsache immer vor Augen zu halten, da man sich diagnostisch wie therapeutisch dadurch manche Vorteile verschaffen kann.

II. Physiologische Erklärungen psychischer Erscheinungen.

Man hat in den letzten Jahrzehnten vielfach von einer nervenphysiologischen Begründung der Psychologie, von nervenphysiologischer Erklärung des Seelenlebens gesprochen und man wurde zu dem Gedanken, daß so etwas zur Zeit schon möglich sei, u. a. dadurch verleitet, daß die Naturforschung das psychologische Wissen der täglichen Erfahrung in einer häufig fast naiven Weise als zur Physiologie gehörig betrachtete und mit „physiologischen Erklärungen" vermischte. Allein während uns die psychologischen Erscheinungen in unmittelbarer Selbsterfahrung gegeben sind, ist schon die Struktur des Nervensystems, noch viel mehr aber seine physiologischen Funktionen unendlich viel weniger zugänglich, und daher hat die Psychologie weit mehr Licht auf die anatomischen und physiologischen Verhältnisse geworfen als umgekehrt. Meist ist bei diesen Erklärungsversuchen also die Sache so, daß relativ einfache psychologische Tatbestände, z. B. die Funktion des Gedächtnisses, den Ausgangspunkt bilden. Dann werden physiologische Verhältnisse hypothetisch konstruiert, um mittels ihrer jene psychologischen Tatbestände zu erklären. E. Becher (13), dem wir hier im wesentlichen folgen, äußert sich darüber sehr klar folgendermaßen: „Das Resultat solcher Erklärungen ist die Übertragung einer im Seelischen entdeckten Leistung oder Beziehung auf das Physische. Unser Gedächtnis vermag eine Wahrnehmung festzuhalten, als reproduzierte Vorstellung wieder aufleben zu lassen. Diese Leistung, als psychische vorgefunden, wird von der physiologischen Erklärung auf die Nervensubstanz abgeschoben. Letztere ist es, welche von dem der Wahrnehmung zugrunde liegenden nervösen Prozeß eine „Spur", ein „Residuum", zurückbehält, das später zu neuer Erregung aktiviert werden und damit zu einer reproduktiven Vorstellung Anlaß geben, mit einer solchen verbunden sein kann. Es ist zunächst eine psychische Erfahrung, daß Laute und optische Zeichen sich beim Lesenlernen in einer Weise verbinden, die sie sich gegenseitig reproduzieren läßt. Die physiologische Erklärung konstruiert einen physischen Konnex zwi-

schen den physischen Residuen der Laute und Zeichen und führt die seelische Erfahrung jener wechselseitigen Reproduzierbarkeit auf diesen Konnex zurück. Die beiden wichtigen Beispiele werden genügen, das Prinzip der physiologischen Erklärungen, die sich überall auf das gesetzmäßige Gebundensein der psychischen Erscheinungen an physische Vorgänge stützen, zu erläutern.

Zugleich aber mag dabei deutlich werden, daß physiologische Erklärungen dieser Art keine selbstverständliche wissenschaftliche Notwendigkeit erfüllen. Die geschilderte Abschiebung auf das Physische, mag sie in den angeführten oder gar in allen Fällen sich schließlich als zutreffend erweisen, ist jedenfalls nicht von vornherein eine selbstverständliche Forderung unseres Denkens. Das Residuum könnte etwas Unkörperliches, Unbewußt-Psychisches sein, oder ein Gebilde, in dem Psychisches und Physisches zusammenwirken. Die Verknüpfung zweier Residuen könnte ebenfalls ein rein psychischer Vorgang oder ein psychophysischer im eben charakterisierten Sinne sein. Eine rein physiologische Erklärung wäre dann unmöglich."

Man kann in manchen Fällen, z. B. in bezug auf die Assoziationstätigkeit, fragen, ob es sich hier nicht um ein letztes Gesetz psychischen Wirkens handle, das überhaupt auf keine weitere Grundlage zurückführbar und überhaupt nicht erklärbar sei. Es gibt ja auch auf physischem Gebiet gewisse Erscheinungen und Gesetze, die als letzte elementare, nicht durch Erklärung weiter zurückführbare, vielmehr allem Erklären zugrunde liegende, anzuerkennen sind. Auf der anderen Seite darf man auch nicht vergessen, daß die Forderung einer psychologischen Erklärung aller psychischen Zusammenhänge durchaus nicht von allen Seiten als zu Recht bestehend anerkannt wird. Es ist durchaus denkbar, daß man die wechselseitige enge Abhängigkeit zwischen Psychischem und Physischem auch anders als nur im Sinne der physiologischen Erklärungshypothesen deuten kann. Denn, wenn auch physische Veränderungen und Defekte psychische im Gefolge haben, so beweist das nur, daß die dabei in Betracht zu ziehenden Hirnrindenteile, nervösen Verbindungen usw. notwendig sind für die betreffende seelische Tätigkeit; es beweist aber nicht, daß sie die einzigen Bedingungen darstellen, daß in ihnen „das ganze Geheimnis jener Funktionen verborgen liegt"; daß unkörperliche Mitbedingungen bzw. Ursachen fehlen, kann nicht ohne weiteres behauptet werden.

Unter diesen Umständen wird also vor allem festzustellen sein, was physiologische Erklärungen zu leisten imstande sind. Wenn diese eine wirklich befriedigende und unsere Ansicht fördernde Erkenntnis seelischer Tätigkeit geben, so wird man sie selbstverständlich willkommen heißen müssen. Im anderen Falle sollte man ihre Bedeutung nicht so maßlos überschätzen, wie es heute noch immer geschieht. Endlich müssen

wir auf alle Fälle noch ein Weiteres bedenken: alle physiologischen Erklärungen können der Natur der Sache nach nur die formalen Bestimmungen des Seelenlebens betreffen, wie etwa zeitliche oder Intensitätsverhältnisse, nie aber kann es, wie Becher mit Recht sagt, gelingen, aus physiologischen Tatsachen oder Annahmen die qualitativen Eigenschaften des Seelischen abzuleiten. Wenn z. B. die körperlichen Vorgänge, die der Empfindung einer Farbe zugrunde liegen, bis in die kleinsten Einzelheiten der Molekular-, Atom- und Elektronenbewegungen bekannt wären, so würde man aus der Betrachtung dieses Gewirrs von Vorgängen doch nie erklären können, warum auf seelischer Seite gerade die einfache Qualität des Roten daraus entspringt.

Es gibt einzelne Gebiete in der Psychopathologie, wo die physiologischen Erklärungsversuche einen besonders breiten, z. T. durch direkte praktische (z. B. operative) Bedürfnisse bedingten Raum einnehmen. Dazu gehört die Aphasielehre. Schon vor vielen Jahren habe ich darauf hingewiesen, wie fragwürdig diese Versuche sind [Mohr (204)]. Neuerdings hat Pick das bestätigt und betont, daß selbst auf diesem Forschungsgebiet psychologische Erklärung weit mehr in die Tiefe führt.

Wenn ich trotz dieser starken Bedenken hier doch wenigstens in aller Kürze einige physiologische Erklärungsversuche mitteile, so geschieht es nur deshalb, weil mir daran liegt, einerseits dem rein naturwissenschaftlich gerichteten Kreise der Ärzte zu zeigen, daß die von ihnen über die Achsel angesehenen psychischen Faktoren „wirkliche Größen" sind, die ja mindestens zum Teil gesetzmäßig verlaufenden physiologischen Prozessen parallel gehen, andererseits um dem Therapeuten die Möglichkeit an die Hand zu geben, seinen Kranken, wenn sie psychologischen Aufklärungen auf Grund ihrer materialistischen Einstellung nicht zugänglich sind, einigermaßen leidlich fundierte anatomisch-physiologische Erklärungen zu geben, ihnen also zu zeigen, was man eigentlich körperlich tut, wenn man sie psychisch zu beeinflussen sucht.

Versuchen wir nun einmal an einem speziellen Beispiel, z. B. an dem des Gedächtnisses, zu zeigen, wie man sich die physiologischen Grundlagen bzw. Begleiterscheinungen psychischer Prozesse denken kann. Man muß dabei zwei, an sich allerdings verwandte Hypothesen auseinander halten.

Die erste Hypothese unterscheidet scharf zwischen dem Residuum und der assoziativen Verknüpfung. Jeder Erregungszusammenhang in der Großhirnrinde hinterläßt seine physische Nachwirkung, sein Residuum oder Engramm. Das Residuum muß als Disposition zu einer, wenn auch veränderten Erneuerung des Erregungsvorganges angesehen werden. Zu der Erneuerung ist nicht nötig, daß der ursprüngliche Reiz wiederkehrt, sondern es genügen andere Umstände, sogenannte Reproduktions-

motive, zu dieser Aktivierung (oder, nach Semon, Ekphorie) des Residuums. Als ein Reproduktionsmotiv wirkt hauptsächlich die Wiederkehr einer Erregung, die gleichzeitig mit der ersten Erregung in der Großhirnrinde vorhanden war. Man nimmt an, daß die Residuen gleichzeitiger Erregung durch leicht gangbare nervöse Bahnen miteinander verbunden sind, so daß die Wiedererregung eines Residuums die Neigung hat, auf das andere überzugehen. Man führt die Erscheinung der guten Leitfähigkeit der Erregungsbahn darauf zurück, daß bei der gleichzeitigen Erregung zweier Rindenpartien die Verbindungswege zwischen ihnen von zwei Seiten her Erregungszufluß erhalten. Durch dies Gegeneinanderströmen von Erregungen von zwei Seiten her soll eine „Ausschleifung der Bahn" zustande kommen.

Die zweite Gedächtnishypothese benutzt den Gedanken der Ausschleifung in weiterem Umfang, indem sie auch die Bildung des einzelnen Residuums als Ausschleifungseffekt ansieht. Betrachtet man das Nervensystem als ein unendlich zusammengesetztes Netz von Bahnen, die Zellen als Kreuzungs- oder Knotenpunkte von solchen, so wird jeder Reiz, der in das Großhirnnetz an einem Knotenpunkt eintritt, sich in dem Gewirre der Verbindungswege verbreiten und dabei vor allem leicht gangbare Bahnen benutzen, um, wenn er die Widerstände der zu durchlaufenden Wege überwindet, in den motorischen Zentren nach abwärts zu gehen und Muskelerregungen, Drüsenerregungen usw. hervorzurufen. Der eingeschlagene Pfad behält aber natürlich die Spur, ebenso wie das Durchdringen eines Dickichts einen vorher weniger gut gangbaren Weg zu einem leichter gangbaren macht. Das Durchdringen einer Leitung versetzt in dieser die nervöse Substanz in einen labileren Zustand. Die physiologische Deutung der Assoziation von Vorstellungen wäre dann so zu denken: Wenn an zwei Stellen Erregungen in das Großhirnnetzwerk eintreten, so wird in dem gemeinsamen Gebiet, das von beiden Erregungsmittelpunkten Reizzufuhr bekommt, eine Addition der Entladungsvorgänge zustande kommen. Als Residuum bleibt ein beide Erregungsmittelpunkte verbindendes Netz von Ausschleifungen. „Erhält dies Gesamtresiduum an irgend einer Stelle, etwa in einem der Mittelpunkte, von neuem Erregungszufluß, so muß der Vorgang wegen des labilen Zustandes der ausgeschliffenen Bahn auf das ganze Gebiet übergreifen; auch der zweite Mittelpunkt wird wieder erregt, und das entsprechende Bewußtseinselement wird reproduziert." Es gibt, außer dem Beispiel der Durchquerung eines unwegsamen Geländes, dafür, daß Vorgänge Spuren hinterlassen, die die Wiederholung des Vorganges erleichtern, natürlich auch zahlreiche andere Vergleiche, so das Sicheinlaufen einer Maschine, den Abfluß einer Wassermenge, die sich ein Bett gräbt usw. Manche Forscher, z. B. Verworn, fassen die Ausschleifung von Bahnen als Übungseffekt auf, wie wir ihn beim Muskel antreffen. Verworn (Mechanik des

Geisteslebens, Leipzig 1910) sagt: „Wenn wir uns nun vorstellen, daß die lebendige Substanz einer Ganglienzelle an Masse mehr und mehr zunimmt, so wird der nervöse Impuls einer solchen Ganglienzelle natürlich viel stärker sein müssen als der Impuls, den eine kleine oder schwach entwickelte Ganglienzelle entlädt. Da aber von der Stärke des Impulses die Fortleitung der Erregung durch andere Ganglienzellstationen hindurch abhängig ist, so wird eine Ganglienzelle für die Assoziationsbildung um so geeigneter werden, je mehr sich ihr Zellkörper durch seine Massenzunahme infolge seiner funktionellen Beanspruchung, d. h. durch Übung, entwickelt. Eine stark entwickelte Ganglienzelle wird, wenn sie durch irgend einen Impuls erregt wird, diesen Impuls mit großer Intensität auf der von ihr ausgehenden Bahn weiterschicken, und die Ganglienzellen, die sich auf dieser Bahn weiterhin anschließen, werden selbst wieder einen starken Impuls erhalten und weiter befördern. Wenn dagegen eine schwach entwickelte Ganglienzelle einen Impuls entsendet, so kann die Erregung so schwach sein, daß sie schon auf der nächsten Ganglienzellstation erlischt; denn wie wir wissen, geht die Leitung zwar sehr leicht und schnell auch bei geringer Impulsintensität durch die Nervenfäden, aber verhältnismäßig schwer durch ungeübte Ganglienzellen hindurch. So schleifen wir Bahnen in der Großhirnrinde aus, indem wir bewirken, daß immer und immer wieder auf denselben Bahnen Impulse verlaufen und nicht nach anderen Richtungen abschweifen. Schließlich laufen infolge der Vergrößerung der Ganglienzellen durch Übung und infolge der damit verbundenen Verstärkung der Impulsintensität die Erregungen auf diesen Bahnen immer leichter und leichter ab. So üben wir durch Erziehung die Assoziationen ganz bestimmter Vorstellungen ein ... darauf beruht das Gedächtnis."

Selbstverständlich gibt es nun eine große Anzahl von Einwänden gegen alle solche Hypothesen, die die Nötigung mit sich führen, weitere Hilfsannahmen zu machen. So kann man z. B. darauf hinweisen, daß funktionelle Anpassung die Organe langsam auf Grund vieler Übung kräftigt, daß sich dagegen die auffallende Nachwirkung einer einmaligen Wahrnehmung, wie sie im Gedächtnisse sich zeigt, nicht auf diese Weise erklären läßt. Man hat sich die Sache nach Analogie der Enzymwirkung vorgestellt. Das einfachste Residuum wäre dann als ein durch die Erregung gebildetes Enzym aufzufassen. Der Erregungsvorgang, der sich an chemisch zusammengesetzten Eiweißkörpern abspielt, könnte ein Enzym hervorrufen, das dann seinerseits wieder den Prozeß der Erregung hervorzubringen die Tendenz hat. Die Ausschleifung wäre auf eine Ablagerung bzw. Vermehrung solcher Enzyme auf dem ausgeschliffenen Nervenwege zurückzuführen.

Man wird zugeben: diese Erklärungen haben allzu viele und komplizierte Voraussetzungen zur Zeit unbeweisbarer Art, so daß wirklich

die psychologische Erklärung dagegen als relativ einfach und klar bezeichnet werden muß. Was uns als Idealleistung einer physiologischen Erklärung des Seelenlebens vorschweben müßte, was aber freilich wohl immer Ideal bleiben wird, das hat Büttner in einer sehr faßbaren Weise in folgenden Sätzen ausgesprochen: „In einfache Leitungsprozesse also sind alle psychischen Prozesse aufzulösen und die Aufgabe einer naturwissenschaftlichen Psychologie besteht darin, alles seelische Geschehen in Ausdrücken von Leitungs- oder Bahnprozessen zu begreifen. Daß mit Lösung dieser Aufgabe das Seelenleben sich in einer großartigen Einfachheit darstellen würde, die siegreich alle die Worterklärungen der alten Psychologie aus dem Felde schlagen müßte, leuchtet ohne weiteres ein."

Steht schon die verhältnismäßig einfache physiologische Erklärung des Gedächtnisses mit dieser Idealforderung in einem schreienden Mißverhältnis, so noch viel mehr die komplizierteren Vorgänge des Denkens, Wollens und der Gefühlserlebnisse. Natürlich würde in mancher Hinsicht eine physiologische Begründung der psychischen Therapie außerordentliche Vorteile haben. Vorläufig müssen wir uns aber damit begnügen, den nur naturwissenschaftlich gerichteten Ärzten und den auf materielle Wirkung eingestellten Laien zeigen zu können, daß sich psychologische Tatsachen auch physiologisch ausdrücken lassen und daß im Grunde genommen nicht das Wesen der Sache, sondern nur die Ausdrucksweise betroffen wird, wenn wir aus der psychologischen Denk- und Sprechweise in die physiologische übergehen. Wir bedienen uns der psychischen Ausdrucksweise als der kürzeren, einfacheren, bestimmteren, weil die physiologische schon bei den einfachsten Vorgängen unendlich kompliziert sein müßte. Wichtig ist aus den oben angegebenen Gründen nur, daß allgemein verstanden wird: die Psychotherapie ist auch eine physiologische Therapie, die durchaus auf naturwissenschaftlichen Grundlagen steht, mit naturwissenschaftlichen Hilfsmitteln arbeitet und nirgends die Grenzen der Geltung naturwissenschaftlicher Gesetze verläßt.

Um das noch in einigen Einzelheiten auszuführen, so ist z. B., wenn ich mittels der Sprache auf einen Menschen psychisch wirke, der physiologische Vorgang so: meine Worte dringen als Schallwellen an das Gehörorgan, setzen sich dort in chemische oder sonstige physische Vorgänge um. Diese werden in irgend einer, uns bisher nicht bekannten Weise, sagen wir durch Molekularbewegungsvorgänge, in das akustische Rindenfeld geleitet, um sich dort in gewissen Nervenbahnen des Rindengraus weiterzuverbreiten. Hier findet diese Molekularbewegung mancherlei schon ausgeschliffene Wegesysteme vor, auf denen sie in anderen komplizierteren Systemen Wirkungen entfalten kann. So erfolgt eine Fortleitung von einem System zum andern, bis die Erregungsleitung allmählich auf-

hört oder in ein motorisches, Drüsen- oder sonstiges nach der Peripherie gehendes System mündet. Was sich dabei abspielt, ist also psychologisch: Empfinden, Wahrnehmen, Vorstellen, Denken, Fühlen, physiologisch: das Ergebnis von Bahnungen, Hemmungen, Übungen, Wiederholungen usw. Wir können demnach vermittels des akustischen Reizes der Sprachsymbole, wie Kern (130) sehr richtig sagt, „absichtlich ausgewählte nervöse Wegesysteme in Erregung versetzen durch Wiederholung ihrer Funktionen, Verstärken und Üben, durch zweckentsprechende Abstimmungen, Abänderungen und Kombinationen der sprachlichen Reize die unmittelbare Wirkung und die nervösen Assoziationen umgestalten, ungünstige Assoziationen allmählich verkümmern lassen und ausschalten, Hemmungen beseitigen oder hervorrufen und schließlich die Bewegungen, die Absonderungen, die trophischen und regulierenden Funktionen beeinflussen." In derselben Weise wirkt natürlich der Lichtreiz, wenn er in der Form von Schriftzeichen durch das Auge in das Gehirn eintritt. Auch die zusammengesetzten sinnlichen Wirkungen, die Natur, Kunst, Musik, Lektüre, Spiel, Verkehr, Beschäftigung, Zerstreuung usw. auf uns ausüben, lassen sich in dieser Weise in physiologische Ausdrucksweise übersetzen. So wirkt z. B. die Zerstreuung entlastend auf Gehirngebiete, die durch allzu lange und einseitige Tätigkeit erschöpft sind, indem sie die vorhandene physische Energie in anderen Gebieten angreift und zur Wirksamkeit kommen läßt. Dadurch werden allerlei Reize auf diese Teile übergelenkt und so die Ausbreitung und der Übertritt von Erregung in die erschöpften Teile verhindert. Psychologisch ausgedrückt: die Aufmerksamkeit wird von der bisherigen Tätigkeit abgelenkt.

Dies wenige möge genügen, um einen gewissen Einblick darein zu geben, daß die Grenzen zwischen psychischer und physischer Therapie auch von diesem Standpunkte angesehen, durchaus fließend ineinander übergehen und daß man, indem man psychische Therapie treibt, im Grunde genommen auch physische übt. Wenn sich die Medizin das klarer machen würde, so würde auch die Erkenntnis bald in weitere Kreise dringen, daß der psychischen Therapie grundsätzlich auch in bezug auf die Einwirkung nach der körperlichen Seite hin, keine Grenzen gesteckt sind, und die immer wieder auftauchenden Zweifel an der Möglichkeit weitgehendster körperlicher Wirkung müßten verstummen.

Für die Krankenbehandlung aber hat es, wie gesagt, einen großen Wert, psychologische Dinge auch physiologisch ausdrücken zu können, nicht nur weil die physiologische Ausdrucksweise, wie bereits erwähnt, dem Laien häufig als die anschaulichere und begreiflichere erscheint (er ist sich ja der Kompliziertheit der verwendeten Begriffe natürlich nicht bewußt), sondern vor allem noch aus einem anderen Grunde: wenn wir

uns psychologisch ausdrücken, so läßt es sich nicht vermeiden, daß mit den betreffenden sprachlichen Symbolen sich eine große Reihe moralischer, sozialer und ästhetischer Assoziationen einstellt. Diese wirken aber sehr häufig, wie wir ja am besten aus der Psychoanalyse erfahren können, im Sinne einer Hemmung und Störung der ganzen Behandlung. Gelingt es nun, dieselben Tatsachen in einer physiologischen Ausdrucksweise vorzubringen, so fallen diese Wertungsfaktoren fort und man kann dem Patienten dann Dinge nahe bringen, die er in der anderen Ausdrucksweise bald entrüstet, bald gedemütigt abweisen würde. Auch wird der Anstoß, den wir durch unsere Aufklärungen der Heiltätigkeit unbewußter, biologischer Prozesse geben, rascher und leichter sich auswirken können, als wenn er immer wieder durch moralisierende Faktoren gehemmt wird.

Suche ich z. B. einem Kranken klarzumachen, daß seine sexuellen Spannungen infolge der Erkrankung seiner Frau einen gewissen Grad erreicht haben, der ihn gereizt, ungerecht gegen die Frau macht und ihn veranlaßt, irgend welche anderen, in seiner Nähe befindlichen weiblichen Personen begehrenswert zu finden, so wird man häufig die Erfahrung machen, daß diese Behauptung mit Entrüstung als eine Unmöglichkeit zurückgewiesen wird. Bringe ich ihm aber etwa an Hand eines Schemas dieselbe Tatsache in physiologischer Ausdrucksweise nahe, zeige ich ihm, daß gewisse Stoffwechselprodukte seiner Geschlechtsdrüsen auf dem Blutwege ins Gehirn dringen, gewisse Zentren reizen, auf bestimmten vorgebahnten Wegesystemen in andere Gehirnteile eindringen, dort ebenfalls Reizvorgänge auslösen und sich schließlich in Form irgend welcher sprachlicher Ausdrucksbewegungen entladen, so wird er nicht bloß erheblich viel weniger Widerstand gegen die Anerkennung dieser Tatsache leisten, sondern sie wird ihm auch selbstverständlicher erscheinen und er wird, wenn man ihm das Wesen der Ablenkung und der Umwandlung sexueller Spannungen in andere physiologische Vorgänge nachweist, auch leichter bereit sein, diesen Weg einzuschlagen. Genau so verhält sich die Sache, wenn es sich um Fragen handelt, die mit dem Körperlichen scheinbar überhaupt nichts zu tun haben, z. B. um Ehrgeizwirkungen. Auch dabei wird man den physiologischen Tatbestand etwa so ausdrücken: Ich sehe einen Menschen vor mir, der ein von mir erstrebtes Ziel rascher erreicht als ich. Der Anblick löst in meinem Gehirn eine starke Erregung aus. Diese Erregung dringt in die Nervenbahnen und in die Ganglienzellengruppen, deren Zusammenspiel, psychologisch betrachtet, die Vorstellung meines Unwertes ergeben würde. Die Erregung bekommt von da den weiteren Antrieb zu irgend einer Handlung oder einer Reihe von Handlungen, die geeignet sind, dem Partner den Vorrang abzulaufen, oder aber sie dringt bei Vorhandensein irgend einer Organminderwertigkeit in die für dieses Organ vorhandene Ganglienzellengruppe, erregt diese und damit das Organ

und läßt eine Krankheit entstehen, die nun als Entschuldigung der Leistungsunfähigkeit benutzt wird.

Selbstverständlich handelt es sich bei solcher Änderung der Ausdrucksweise noch viel weniger um Erklärungen im wissenschaftlichen Sinne, als oben bei den Versuchen wirklicher physiologischer Erklärungen; aber bei der Aufklärung in der Praxis erreichen wir jedenfalls damit häufig mehr als durch eine rein psychologische Ausdrucksweise.

III. Tatsachenmaterial über psychophysische Wechselwirkungen.

Die Einwirkung psychischer Vorgänge auf den Körper und die psychophysischen Wechselwirkungen an einem möglichst umfangreichen Material zu zeigen, halte ich deswegen für wichtig, weil es für die Therapie nicht nur eine notwendige Erkenntnisgrundlage, sondern auch vor allem eine, die Sicherheit und den Mut zum Handeln steigernde Überzeugung schafft. Naturgemäß wird dabei an dieser Stelle mehr von dem Einfluß der psychischen Seite auf die körperliche, als von der Wechselwirkung die Rede sein müssen, da erstere die wenigst gewürdigte und für unsere Zwecke doch die wichtigste ist. Die Bedeutung der letzteren soll damit aber nicht etwa herabgesetzt, muß vielmehr ausdrücklich betont werden.

Wir können dabei im wesentlichen experimentelle und klinische Beobachtungen unterscheiden. An beide schließen sich dann noch mehr oder minder wahrscheinliche Annahmen und Theorien an, die in der einen oder anderen Richtung über das tatsächlich Gegebene hinausweisen.

Betrachten wir zunächst ganz kurz, was von experimentellen Untersuchungen einigermaßen sicherer wissenschaftlicher Besitz ist.

1. Experimentelles über Ausdrucksbewegungen und andere psychophysische Beziehungen.

Um die körperlichen Äußerungen akuter seelischer Vorgänge zu registrieren, haben wir heute folgende Methoden:

Die Registrierung feinster Muskelbewegungen mit Hilfe des Sommerschen Apparates; die Registrierung unwillkürlicher Änderung der Arbeitsleistung mit Hilfe des Ergographen und Dynamographen; die Registrierung der thorakalen und abdominalen Atmung mit dem Pneumographen; die Registrierung der Blasenbewegungen auf plethysmographischem Wege mit Hilfe eines Katheters; die Messung der Pupillenweite; die Registrierung der Sekretion der Verdauungsdrüsen bei Tieren mit Hilfe der Methoden von Pawlow; die Messung der elektrischen Vorgänge in der Haut (psychogalvanisches Phänomen von Tarchanoff und Veraguth); die Registrie-

rung der Herztätigkeit mit Hilfe des Kardiographen und Sphygmographen; die Registrierung der Blutgefäßweite mit Hilfe des Plethysmographen, der Pulsverspätung und der Menschenwage; die Messung des Blutdrucks nach Riva Rocci, Recklinghausen oder seine Registrierung mit dem Sphygmomanometer.

Es gelingt mittels kompliziert gebauter Apparate, z. B. des von Sommer konstruierten Apparates zur dreidimensionalen Analyse der feineren Ausdrucksbewegungen der Hand, den Einfluß seelischer Vorgänge auf die feineren Muskelbewegungen exakt festzustellen. So wurde gefunden, daß bei Nennung verschiedener Worte oder bei Zeigung verschiedener Farben jedesmal bei dem Wort bzw. der Farbe, die sich die Versuchsperson vorher eingeprägt hatte, schwache, unwillkürliche Bewegungen der Hand eintreten. Bekanntlich sind es diese feinen und unbewußten Muskelbewegungen, die das sogenannte Gedankenlesen restlos erklären und die sich auch auf anderen Gebieten der Muskulatur, z. B. am Kopf, nachweisen lassen. Bei der Beurteilung der Reaktion unserer Mitmenschen ziehen wir praktisch diese feinsten Bewegungen, z. B. auch die des Mundes, mit in Betracht. Vermittels der ergographischen Methode hat Lehmann, und vorher schon I. Loeb, festgestellt, daß bei Ausführung von geistiger Arbeit (z. B. Kopfrechnen) gleichzeitig mit körperlicher Arbeit am Ergographen durch die psychische Arbeit eine Verminderung der zu gleicher Zeit geleisteten körperlichen entsteht und daß dabei diese Verminderung um so größer ist, je schwieriger die psychische Arbeit war. Auch konnte Lehmann feststellen, daß bei Unlustgefühlen die körperliche Arbeitsleistung herabgesetzt wird. Durch Zoneff und Meumann, vorher schon durch Mosso, ist dann bezüglich der Atmungstätigkeit nachgewiesen worden, daß alle Unlustgefühle eine Vertiefung und Verlangsamung der Atmung herbeiführen, also eine Vermehrung der Atmungstätigkeit im ganzen, alle Lustgefühle dagegen eine Abflachung und Beschleunigung, also im ganzen eine Verminderung der Atmungsfunktion. Im Zusammenhang damit wurde dann auch die Aufmerksamkeit in ihrer Wirkung geprüft und gefunden, daß in dem Maße, wie die Konzentration der Aufmerksamkeit dauert, eine Hemmung der Atmung sich einstellt, die mehr auf den Brustanteil der Atmung beschränkt ist und die entweder zu einem teilweisen oder völligen Stillstand oder nur zu einer Abflachung der Atmung führt. Auch das Quantum der aus- und eingeatmeten Luft soll sich nach diesen Autoren bei gewissen Gefühlszuständen in charakteristischer Weise verändern. Wenn auch die Versuche anderer Beobachter mit diesem nicht ganz übereinstimmen, so sind sie doch verhältnismäßig am exaktesten und entsprechen im übrigen auch dem, was wir aus der unmittelbaren Erfahrung wissen.

Mosso und Pellacani stellten Untersuchungen über die Begleiterscheinungen psychischer Vorgänge an der Harnblase an. Bei einer

Reihe rein psychischer Einflüsse, z. B. beim Anreden oder wenn die Versuchsperson etwas lebhaft erwartet oder eine anstrengende intellektuelle Arbeit ausführte, traten Bewegungen der Blasenmuskulatur ein, die von der Atmung völlig unabhängig waren. Meist gingen die Bewegungen denen an den Blutgefäßen parallel, ohne aber von ihnen abhängig zu sein.

Neuerdings ist auch, was namentlich für die Bedeutung des Bettnässens von wesentlicher Bedeutung erscheint, von mehreren Seiten die Tatsache experimentell festgestellt worden, daß zunächst bei einem gewissen Füllungszustand der Blase Reize nach dem Gehirn gesandt werden, die dort das Gefühl des Blasendranges auslösen. Bei Nichtbeobachtung oder Ablenkung lassen sich diese Reizwirkungen vollkommen beseitigen. Erst nachdem die Blase einen weiteren Füllungsgrad von etwa dem Doppelten des vorherigen erreicht hat, macht sich wieder ein vermehrter Drang geltend. Auch dieser ist durch Ablenkung noch leicht zu überwinden und erst in dem dritten Füllungsstadium wird der Drang auch durch starke seelische Einflüsse nicht mehr überwindbar. Wir haben hier also zugleich ein experimentelles Beispiel dafür vor Augen, wie weit organische Störungen seelisch überwindbar bzw. beeinflußbar sind.

Die Änderung der Pupillenweite bei schreckenerregenden Einflüssen und bei Konzentrierung der Aufmerksamkeit, auch bei Schmerzreizen und bei intensiver geistiger Arbeit, sind bekannt, und es ist von Wernicke gefunden worden, daß dabei gleichzeitige vasomotorische Vorgänge keine Rolle spielen, sondern direkte Innervationsvorgänge in Betracht kommen, daß es sich demnach um eine selbständige Begleiterscheinung psychischer Vorgänge handelt.

Bei den Untersuchungen des kardiovaskulären und des respiratorischen Apparats hat sich als allgemeines Resultat ergeben, daß Änderungen desselben mit einer gewissen Regelmäßigkeit bestimmten Änderungen des psychischen Verhaltens parallel gehen.

Die Untersuchungen Ernst Webers mittels der Methode der äußeren und inneren Plethysmographie zeigen folgendes: bei geistiger Arbeit und Aufmerksamkeit Abnahme des Arm-, Fuß- und Brustvolumens, ebenso des Ohrvolumens. Die allgemeine Erfahrung, daß die vasomotorischen Veränderungen bei psychischen Reizen sich besonders lebhaft in dem von der Carotis externa versorgten Gebiete des Gesichts finden, läßt es nicht verwunderlich erscheinen, daß die Abnahme des Ohrvolumens viel prompter und augenfälliger als die der übrigen Teile sich zeigt. Demgegenüber nahm das Volumen der Bauchorgane und des Gehirns zu. Der Zweck dieser Blutverschiebung aus der Peripherie nach dem Innern des Körpers ist nach Weber in zwei Punkten zu sehen: einerseits wird das Gehirn besser mit Blut versorgt und dadurch leistungsfähiger, andererseits werden die peripheren Nervenendigungen infolge der geringeren Blutzufuhr weniger reizempfänglich für äußere Eindrücke, die die Aufmerksamkeit ablenken

könnten. Die Senkung des Armvolumens bei geistiger Arbeit bzw. Aufmerksamkeit wurde auch von Gent und Berger gefunden, von letzteren auch die vermehrte Blutfüllung des Gehirns und die stärkere Pulsation der Gehirngefäße bestätigt. Der Zustand der Spannung, der mit der Aufmerksamkeit manches Verwandte hat, zeigt nach Lehmann eine ausgeprägte Volumsenkung und eine außerordentlich verminderte Pulsationshöhe. Die psychologische Verwandtschaft der Spannung mit der Aufmerksamkeit zeigt sich also auch in ihren physischen Ausdruckssymptomen, und zwar sind die Veränderungen bei der willkürlich gesteigerten Aufmerksamkeit stärker ausgesprochen als bei einfachen Spannungszuständen. Ähnliche Veränderungen der Aufmerksamkeit sind nach den Untersuchungen Lehmanns und Webers auch bei der unwillkürlich gesteigerten Aufmerksamkeit, nämlich beim Erschrecken, vorhanden: vermindertes Arm- und Ohrvolumen, vermehrtes Eingeweidevolumen. Berger hat dabei eine sehr erhebliche Zunahme des Gehirnvolumens und der Pulsationsgröße im Gehirn gefunden.

Bei der Unlust (hervorgerufen durch psychische Reize und durch hypnotische Suggestion) fand sich eine Senkung des Arm- und Ohrvolumens und eine Zunahme des Eingeweidevolumens. Auch bei unlustbetonten Affekten, z. B. Furcht vor einer Operation, waren die gleichen Veränderungen zu sehen. Sehr merkwürdig ist dabei die Tatsache, daß, wie ja schon die gewöhnliche Erfahrung zeigt, bei der Scham, statt der der Unlust zukommenden Blutleere eine Blutüberfüllung besonders der Gesichtsgefäße eintritt. Die plethysmographische Methode bestätigt diese praktische Erfahrung: statt der konstanten Abnahme des Ohrvolumens eine bedeutende Zunahme. Dadurch wird die Spezifität der Affekte gegenüber den einfachen Lust- und Unlustgefühlen auch experimentell erwiesen und, wie ich hinzufügen möchte, die nahe Verwandtschaft des Schamgefühls mit den sexuellen Vorgängen, deren Lustcharakter selbstverständlich ist, aufgezeigt. Als Ergebnis der Kontroversen zwischen Weber und Berger über die Frage der durch Unlustreize entstehenden Blutgefäßveränderungen im Gehirn, kann man nach Erich Leschke (158) sagen, daß die Volumveränderungen des Gehirns bei der Unlust weniger wesentlich zu sein scheinen, als die Abnahme der Pulsationshöhe und Kontraktion der Gehirngefäße, die an sich bereits eine Anämie des Gehirns bedingen. Die Zweckmäßigkeit der peripheren und zerebralen Anämie bei Unlustzuständen erblickt Weber darin, daß dadurch die Aufnahmefähigkeit der peripheren Nervenendigungen und des Zentralorgans für die unlustbetonten Empfindungen herabgesetzt wird oder, wie er sich ausdrückt, zugleich eine Selbstanästhesie (in der Haut) und eine Selbstnarkose (im Gehirn) eintritt.

Bei Zuständen der Lust hat schon Lehmann die entgegengesetzten Veränderungen gefunden wie bei der Unlust, nämlich Zunahme der Pulshöhe, Pulslänge und des Armvolumens. Weber konnte diese Ermittelungen

bestätigen und stellt außerdem eine Zunahme des Ohrvolumens und eine Abnahme des Eingeweidevolumens fest. Es war dabei gleichgültig, ob die lusterregenden Reize psychischer, physischer, reeller oder suggerierter Art waren.

Leschke vertritt in Anbetracht der Tatsache, daß Berger eine Abnahme des Gehirnvolumens trotz gleichzeitiger Zunahme der Pulsationshöhe und Gefäßerweiterung nachweisen konnte, wohl mit Recht die Ansicht, daß das wesentliche Merkmal bei der Unlust und bei der Lust nicht die Veränderung des Gehirnvolumens, sondern die Zunahme der Pulsationshöhe und der Gefäßerweiterung im Gehirn sei, die eine Hyperämie dieses Organs hervorrufe. Die Zweckmäßigkeit der körperlichen Begleiterscheinungen der Lust ist klar: die bessere Blutversorgung des Gehirns und der Peripherie gewährleistet eine größere Aufnahmefähigkeit der peripheren und zentralnervösen Organe für den lusterzeugenden Reiz. „Der Organismus hat also die Tendenz, durch seine lusterregenden Reize die Empfindung der Lust zu verstärken und zu verlängern." Leschke weist dabei auf Nietzsches Ausspruch hin: „Denn jede Lust will Ewigkeit."

Der Einfluß von Bewegungen, Bewegungsintentionen und Bewegungsvorstellungen ist nach Weber dahin zu charakterisieren: bei Bewegungen strömt das Blut aus den Eingeweiden, aus dem Gesicht in die Muskulatur der Extremitäten und des Rumpfes und in das Gehirn. Dadurch wird im Zentralorgan eine bessere Innervation und in der Muskulatur eine Verbesserung der Ernährung und schnellere Entfernung der Stoffwechselendprodukte garantiert. Besonders wichtig ist Webers Nachweis, daß schon die auf die Bewegung gerichtete Willenskraft und die lebhafte Vorstellung der Bewegung allein zur Hervorbringung der Blutverschiebung genüge. Das haben ihm Versuche in tiefer Hypnose bewiesen. Dagegen traten diese Blutverschiebungen bei passiven Bewegungen nicht ein, ein Beweis für Webers Behauptung, daß die Mitwirkung der Hirnrinde das Maßgebendste für das Zustandekommen dieser Blutverschiebung sei. Der aktive Anteil der verschiedenen Gefäßgebiete an der Blutverschiebung wurde von ihm ebenfalls festgestellt. Wenn z. B. der hypnotisierten Versuchsperson der Befehl erteilt wurde, nur den linken Arm zu bewegen, den rechten dagegen nicht (wobei beide Arme tatsächlich bewegungslos waren), so trat die Gefäßerweiterung im linken Arm auf, aber nicht im rechten, umgekehrt war es beim entgegengesetzten Befehl. Das zeigt, daß vom Zentralorgan völlig lokalisierte Innervationsimpulse für die verschiedenen Gefäßgebiete ausgehen können, die in diesen eine aktive Ausdehnung oder Zusammenziehung hervorbringen. Bei Ermüdungszuständen fand Weber eine Umkehrung der normalen Blutverschiebung, und bei gewissen pathologischen Erschöpfungszuständen war die Umkehrung dauernd. Bei Untersuchung an Tieren konnte Weber nachweisen, daß

bei elektrischer Reizung verschiedener Hirnrindenteile eine Verschiebung des Blutes von den Bauchorganen in die Muskulatur und zum Gehirn stattfand und daß der Teil der Hirnrinde, dessen Reizung diese Blutverschiebung am auffallendsten bewirkte, identisch ist mit dem Teil der motorischen Zentren, der die für das Tier jeweils natürlichste und lebenswichtigste Bewegungsform vermittelt, z. B. bei Wildkaninchen und Hunden mit dem Zentrum für die Beinbewegung, bei Katzen für die Rumpfbewegung, bei Vögeln für die Flügelbewegung. Die Zweckmäßigkeit dieser Tatsache ist klar. Ferner gelang es Weber, den Beweis für die Selbständigkeit des Gehirns in der Regulation seiner Blutversorgung zu erbringen und zu zeigen, daß die Gehirngefäße ihre eigenen Gefäßnerven und ihr eigenes vasomotorisches Zentrum besitzen.

Webers Arbeiten sind (E. Leschke l. c. 451ff.) zwar von Shepard (Americ. journ. of psychol., 17, 1906, S. 522) und von Götz Martius (Beiträge zur Psychol. und Philos., 1905), namentlich in bezug auf die körperlichen Wirkungen bei Lust und Unlust stark kritisiert worden. Nach der zusammenfassenden Darstellung von E. Leschke (159) läßt sich aber als Ergebnis der bisherigen Untersuchungen feststellen: „Es treten viele körperliche Begleiterscheinungen mit großer Regelmäßigkeit ein, so die Abnahme der Pulsfrequenz, des Armvolumens und der Atemtiefe gegenüber der Zunahme des Gehirnvolumens bei sinnlicher Aufmerksamkeit auf visuelle und akustische Reize, die periphere Gefäßerweiterung und die Steigerung des Blutdruckes bei taktilen Reizen, die Zunahme des Gehirnvolumens und der Pulsationsgröße im Gehirn bei der geistigen Arbeit, die Abnahme der Pulsfrequenz und des Armvolumens beim Schreck, der Pulshöhe und des Armvolumens bei der Spannung, die Zunahme der Pulshöhe bei der Erregung und ihre Abnahme bei der Beruhigung, die Abnahme der Pulsfrequenz bei der sinnlichen Lust und ihre Zunahme bei der Unlust gegenüber dem entgegengesetzten Verhalten von Pulshöhe, Armvolumen und Atemfrequenz, die Blutverschiebung aus den inneren Organen und dem Gesicht nach den Muskeln und Gehirn bei Bewegungsintentionen, schließlich die Umkehrung der Blutverschiebungen, namentlich im Verhalten der empfindlichen äußeren Blutgefäße des Kopfes, bei normalen und pathologischen Ermüdungszuständen. Für die Beruhigung und die Lösung stimmen sogar die Ergebnisse aller Untersucher miteinander überein (mit einer einzigen Ausnahme in der Pulsfrequenz bei der Lösung)."

Die interessanten und grundlegenden Untersuchungen von Pawlow haben uns dann des weiteren klar gezeigt, welch enge Beziehungen zwischen psychischer Tätigkeit und der der Speicheldrüsen und der Magen- und Darmtätigkeit bestehen. Bezüglich der Speicheldrüsen wies er nach, daß die Speichelabsonderung nicht bloß bei chemischen, mechanischen und Wärmereizen auftritt, vielmehr auch schon dann, wenn die Nahrung nicht in das Maul des Versuchstieres gelangt, sondern nur aus

einer gewissen Entfernung gezeigt wird. (Wie dem Menschen bekanntlich „das Wasser im Munde zusammenläuft" beim Anblick leckerer Speisen.) Durch Anregung der Assoziationstätigkeit, z. B. indem dem Hund während des Fressens immer eine erleuchtete Kreisfigur gezeigt wird, verbindet sich dieser Eindruck so fest mit der Vorstellung der Nahrungsmittel, daß schon beim Sehen des Kreises, ohne daß Nahrungsmittel in der Nähe sind, der Speichel zu tropfen beginnt. Zeigt man dem Hund ein erleuchtetes Quadrat, so tritt bei den intelligenteren Tieren, die Quadrat und Kreis unterscheiden können, die Speichelsekretion nicht ein. Ebenso war es möglich, den Hund so zu üben, daß er beim Hören eines bestimmten, ursprünglich mit der Nahrungsdarreichung verbundenen Tones Speichel absonderte, während schon bei einem Unterschied von einem Viertelton der Gehörseindruck ohne Wirkung war. Der Speichelfluß, durch Vorzeigen eines Stückes Brot erweckt, verschwand sofort, wenn man das Stück einem anderen Hunde zum Teil zu fressen gab. Wasser weckte die Speichelsekretion nicht. Führte man aber dem Hunde eine schwarz gefärbte Säureflüssigkeit ein, so genügte das nächstemal schwarz gefärbtes Wasser, um die Sekretion anzuregen. Man kann diese Beziehungen zwischen der schwarzen Farbe und der Speichelsekretion aufheben und wiederherstellen, je nachdem man dem Tier schwarz gefärbtes Wasser oder schwarz gefärbte Säure einführt. Eine unbekannte Substanz von unbekanntem Geruch bewirkt keine Sekretion; wenn dieselbe aber einmal, in die Mundhöhle eingeführt, die Speichelsekretion stark angeregt hat, so genügt der Geruch, um einen Speichelfluß zu veranlassen. Natürlich hat man auch versucht, diese Experimente als reine Reflexe zu deuten, und Pawlow bezeichnet sie auch als relative (bedingte) Reflexe. Für uns kommt es hier nicht auf diese Terminologie an, sondern auf die Tatsache, daß diese Vorgänge über die Großhirnrinde gehen und von ihr beeinflußt werden. Das wird exakt bewiesen durch Experimente an vergifteten und der Großhirnhemisphäre beraubten Tieren.

Genau dasselbe, was bezüglich der Speichelabscheidung beim Tiere gezeigt wurde, wurde auch bezüglich der Magensaftabscheidung festgestellt. Die Versuche wurden dann von Bickel (Experimentelle Untersuchungen über die Magensaftsekretion beim Menschen. D. m. W., 1906, Nr. 33, S. 1324), Bogen (28) und neuerdings besonders von Heyer (Psychische Einflüsse auf die menschliche Magensekretion. Ther. d. Gegenw., Aug. 1921) und Langheinrich (Psychische Einflüsse auf die Sekretionstätigkeit des Magens und Darms. M. m. W., 1922, Nr. 44) auch am Menschen gemacht.

Bogen hat an einem $3\frac{1}{2}$jährigen Kinde, das an einer Speiseröhrenverengung infolge Laugenverätzung litt, experimentiert. Durch eine Magenfistel wurde das Kind ernährt und während dieser Zeit wurden die Versuche mit dem Kinde vorgenommen, das dabei mit dem Gesicht nach unten

auf zwei ausgespannte Handtücher gelegt wurde, um dem Rohr den Durchtritt nach unten zu gestatten. Bogen fand zunächst, daß einige Male vor Beginn des eigentlichen Versuchs in der Vorentleerung plötzlich Salzsäure auftrat, während sie in der Regel vorher frei davon gewesen war. Das geschah jedesmal dann, wenn er vorher mit der Schwester, die bei den Versuchen half, über das dem Kind zu reichende Fleisch gesprochen hatte. Es wurde dann regelmäßig bei Darreichung einer bestimmten Speise gleichzeitig auf einer kleinen Trompete ein bestimmter Ton angeblasen. Sehr bald hatte der Kleine sich an diese Kombination gewöhnt. Man sah, wie jedesmal, wenn die Trompete geblasen wurde, sein Auge freudig aufleuchtete. Wurde dann nach einiger Zeit keine Speise mehr gereicht, sondern nur der Ton auf der Trompete angeblasen, so trat dabei in einer Reihe von Versuchen eine Sekretion von Magensaft auf. Es zeigte sich bei demselben Kinde, was auch im Tierexperiment des öfteren festgestellt wurde, nämlich daß, wenn das Kind in Zorn geriet, die darauf folgende Fleischdarreichung keine Absonderung von Magensaft zur Folge hatte, also eine Hemmung der Sekretion durch den Affekt eintrat. Ebenso konnte durch die Einwirkung eines heftigen elektrischen Stromes, also durch einen Schmerzreiz, die Magensaftabscheidung sofort zum Stillstand gebracht werden. Es wurde dann auch noch bei den Assoziationsversuchen nachgewiesen, daß mit der Abnahme der Intensität des Reizes auch sukzessive der Salzsäuregehalt abnimmt. Ebenso war die Quantität der Magensaftabscheidung von der Art des vorausgegangenen Reizes abhängig. Ganz besonders interessant und wichtig sind die glänzenden Untersuchungen von G. R. Heyer (Psychische Einflüsse auf die menschliche Magensekretion. Ther. d. Gegenw., Aug. 1921); Magensekretion und Psyche (102); Die Magensekretion beim Menschen unter besonderer Berücksichtigung der psychischen Einflüsse (104); Psychische Einflüsse auf die Motilität von Magen und Darm; zugleich ein Beitrag zur Gastroptosenfrage (106); Psychische Faktoren bei organischen Krankheiten (105).

Nachdem schon Pawlow die große Bedeutung des Appetits für die Magensekretion des Hundes bewiesen hatte, wurde von Heyer diese Frage beim Menschen unter Anwendung der Hypnose experimentell geprüft. Es wurde den magengesunden Versuchspersonen in tiefer Hypnose eine Reihe scharf präzisierter Suggestionen von Speisen gegeben und mittels einer in der Hypnose eingeführten und deswegen nicht die übliche Abwehrreaktion erweckenden Sonde die Wirkungen solcher Suggestionen untersucht. Es zeigte sich ohne Ausnahme, daß auf solche suggerierte, rein fiktive Speisung hin immer lebhafter Magensaftfluß auftrat. Die Latenzzeit bis zum Beginn dieser Sekretion war verschieden, betrug durchschnittlich 5 Minuten. Der Magensaft floß 20—25 Minuten, war in seiner Menge schwankend, und zwar schien das abhängig zu sein von der Lebhaftigkeit der Auffassung der Suggestion. Im ganzen erhielt man pro Ver-

such zwischen 20 und 100 ccm reinen Saft. Der Ablauf der Sekretion war ganz verschieden, je nach der suggerierten Speise. Entsprechend Pawlows Feststellung, daß bei Fleisch-, Brot- oder Milchfütterung in der Zeiteinheit ganz verschiedene Mengen Saft abgesondert werden, ergab sich auch beim Menschen, daß bei Bouillon auf eine sofortige hohe Sekretion ein lebhafter Abfall und Stillstand folgte, bei Milch langsamer Anstieg und langsamer Abfall; bei Brot ist der Verlauf der Kurve noch protrahierter, nicht so gleichmäßig und besonders in ihrem Abfall stark schleppend.

Auch die fermentative Eiweißverdauungskraft in diesen Magensäften ist verschieden, je nach der Art der suggerierten Nahrung. So förderte die Suggestion „Brot" und „Milch" einen Saft mit doppelt so großer eiweißverdauender Kraft zutage, als die Suggestion „Bouillon". Während aber beim Brot diese Kraft in allen Fünfminutenportionen etwa gleich groß war, stieg sie beim Brot in späteren Stadien der Sekretion langsam bis zum Ende an. Die Rolle des Appetitsaftes für den folgenden Teil der Verdauung ist sehr groß, denn er regt erst die Vorgänge an, die dann das Auftreten von Proteinen usw. herbeiführen und damit die Produktion weiteren Saftes durch chemische Reizwirkung dieser Verdauungsprodukte. Heyer fragte sich nun ferner, wie weit dieser psychogene Saftfluß auf psychischem oder pharmakologischem Wege wieder gebremst werden kann. Bereits A. Gradnauer hat gezeigt, daß Angst vor der Prozedur der Ausheberung die Säureverhältnisse beeinflußt, und es war also die Frage, ob auch durch andere seelische Erregungen während des Essens die Magensaftsekretion in bestimmter Weise verändert werde. Durch geeignete Suggestionen wurde der Fluß von Appetitsaft angeregt, und, wenn dieser kräftig im Gange war, in der V. P. lebhafte Vorstellungen von Furcht, Schrecken oder Besorgnissen, andererseits von freudigen Ereignissen hervorgerufen. Es ergab sich, daß die so erzeugten Affekte den Saftfluß erheblich störten. Dabei war es im wesentlichen gleichgültig, ob sie angenehmer oder unangenehmer Art waren. Entsprechend dem Wesen freudiger Empfindungen, langsamer sich auszuwirken, war das Versiegen der Sekretion bei ihnen etwas langsamer (etwa 3—5 Minuten Dauer), als bei den mehr plötzlich und schockartig einsetzenden Vorstellungen unlustbetonter Affekte. In diesen Fällen hörte der Saftfluß schlagartig auf. Nur einmal bei einem ausgesprochenen Vagotoniker mit Asthma, Hypersekretion und Hypermotilität des Magens stellte sich mit dem Erlebnis einer Verschüttung ein momentaner starker Magensaftfluß ein, der zwei Minuten anhielt und dann völligem Aufhören der Sekretion Platz machte. Bei rechtzeitiger Beseitigung der Suggestion erholte sich die Sekretion meist wieder.

Heyer sieht in diesen Resultaten einen deutlichen Hinweis darauf, daß eine Ablenkung der inneren Aufmerksamkeit vom Eßakt dem Ver-

dauungsverlauf auch dann noch schädlich sei, wenn der Verdauungsprozeß schon begonnen habe, und führt diese Störung zum Teil auf Tonusverlagerung im autonomen Nervensystem zurück. Indessen scheint noch eine aktive Hemmung vorzuliegen; denn eine einfache Blockierung des sekretionserregenden Nervus vagus sei nicht imstande zu bremsen, wenn die fördernden Impulse die in der Magenwand gelegenen Systeme nervöser Art erst einmal erreicht und in Tätigkeit gebracht hätten. Bei Versuchen mit Atropin ergab sich nämlich, daß es von großer Wichtigkeit ist, wann es gegeben wird. Wurde das Medikament verabreicht, ehe die Suggestion erfolgte oder unmittelbar nach dem Beginn der ersten Sekretion, so wurde die Menge des Magensaftes ganz erheblich geringer und seine freie Säure unter die sonstige Norm herabgesetzt. Wurde jedoch eingespritzt, nachdem der Saftfluß schon in vollem Gange war, ließ sich diese Wirkung nicht mehr feststellen. Heyer erklärt das nach Analogie der Ergebnisse Pawlows nach Vagusdurchschneidung, nach der ja auch kein Appetitsaft mehr fließe. Die Vagusdurchschneidung wird im Menschen ersetzt durch die die Endigung des Vagus in der Magenwand lähmende Atropinwirkung. Geschieht das, ehe noch der psychische Impuls stattgefunden hat bzw. ehe er ausreichend wirksam werden konnte, so ist damit der Weg in das intramurale System des Magens versperrt oder zum mindesten erschwert. Wenn aber die Erregung in dieses System schon hinübergeleitet ist, so kann die nachträgliche Sperre keine Wirkung mehr entfalten. Dagegen kann positive Hemmung, wie sie in den Affektversuchen gegeben ist, noch etwas erreichen.

Es ist geradezu ein typischer Fall für die Bedeutung einer psychophysischen Betrachtungsweise, daß es Heyer auf diesem Wege gelungen ist, die Atropinbehandlung von Hypersekretion und Hyperazidität auf dem Wege über ein psychologisches Experiment zu klären. Praktisch ergibt sich daraus, daß der Patient seine Belladonna nicht erst nimmt, wenn er bereits am Eßtisch sitzt oder wenn die Beschwerden schon eingetreten sind, sondern zu einer Zeit, wo noch keinerlei Situationen oder Assoziationen zur Sekretion des Appetitsaftes geführt haben.

Was die Säurekonzentration des Magensaftes betrifft, so scheinen die zentrifugalen Impulse, die Vorstellungen, ohne Einfluß auf die Säuregrade zu sein. Es sind also offenbar andere Instanzen als die für den zeitlichen Ablauf der Sekretion und der Fermentkonzentration mitgeteilten, die die Azidität des Magensaftes beeinflussen. Daß aber auch da psychische Einflüsse im stärksten Maße bestehen, das ergibt die klinische Beobachtung oft genug, wenn es auch bisher nicht gelungen ist, es in experimentell scharfer Weise feststellen.

Die praktischen Folgerungen, die Heyer aus seinen Experimenten zieht, zeigen noch einmal aufs klarste die enorme Bedeutung einer Berücksichtigung psychophysischer Wechselwirkungen gerade für die Therapie.

Den Appetit zu heben, diese primitivste Forderung bei jeder schwereren Erkrankung, kann sowohl durch Medikamente wie auf rein psychischem Wege geschehen. Ganz mit Recht sagt Heyer, daß die direkte Wirkung der in Betracht kommenden Medikamente schwach ist, daß sie vielmehr im wesentlich psychisch anregend wirken, indem sie Appetitvorstellungen wecken, wie z. B. Fleischextrakte, die wohlschmeckend sind, oder wie die Bittermittel, die den Zustand von Indifferentismus der Geschmacksempfindung durch scharfe Kontrastwirkung überwinden. In psychischer Hinsicht aber ist wichtig, Unruhe, Erregung und sonst ablenkende Eindrücke während der Mahlzeit zu vermeiden, dagegen gewisse, die Bildung bedingter Reflexe fördernde, gewohnheitsmäßige Gebräuche zu pflegen. Psychischen Erfolg hat natürlich auch das Glas Wasser oder Wein, das besondere Eßzimmer, der schön gedeckte Tisch, der besondere Anzug, die Tafelmusik und sogar das Tischgebet.

Daß nach alledem in allen komplizierten Magenfällen, auch in den organischen, eine systematische psychophysische Therapie am Platze ist, daß die Anregung namentlich auch des Appetits in vielen Fällen bei schwereren sonstigen Erkrankungen auf diese Weise möglich ist (ich erinnere nur an die häufig auf hypnotischem Wege außerordentlich günstig zu beeinflussenden, mit der Tuberkulose im Zusammenhang stehenden Appetitstörungen), das ergibt sich aus dem Obigen ohne weiteres.

Wie sehr solche Erkenntnisse des Zusammenhangs zwischen Körperlichem und Seelischem auch diagnostisch von Bedeutung sein können, hat Curschmann nachgewiesen. Er fand wiederholt, daß bei Untersuchungen von Magenkranken, denen man das übliche, wenig schmackhafte Probefrühstück reichte, ganz andere Zusammensetzungen des Magensaftes vorhanden waren, als wenn man ihnen eine den Appetit anregende Speise gab. Heyer weist mit Recht darauf hin, daß wir die durch psychische Einflüsse anfänglich hervorgerufenen leichteren Störungen der Magen- und Darmfunktionen für die Anfangsstadien von ernsteren Prozessen ansehen müssen, die eintreten, wenn sich die psychischen Störungen dauernd wiederholen.

Bezüglich der Magen- und Darmbewegungen ist von Lommel, Matthes u. a., neuerdings auch von Klee, v. Bergmann-Katsch und Fleiner nachgewiesen worden, was ja die tägliche Erfahrung hundertfach bestätigt, daß eine außerordentlich weitgehende Beeinflussung der glatten Muskulatur durch psychische Faktoren möglich ist. Gerade bei Depressionszuständen kann man sehr häufig geradezu experimentell zeigen, wie Erschlaffungszustände im Magen-Darmkanal unter hypnotischer oder analytischer Einwirkung sich in einem manchmal kaum glaublichen Maße verändern. Genau dasselbe gilt von den spastischen Zuständen.

Heyer (106) hat mittels Röntgendurchleuchtung gefunden, daß bei schwersten spastischen Erkrankungsformen bei verschiedenen Patienten

durch Hypnose, die die bei ihnen wirksamen hemmenden Vorstellungen ausschaltete, eine alsbaldige Lösung des Krampfzustandes hervorgerufen werden kann. Es erfolgte eine glatte und normal rasche Passage durch sämtliche Darmabschnitte, und die Spasmen blieben auch weiterhin aus. Die Retention in der Ampulle verschwand. Im Magen ließ sich ebenfalls auf diese psychische Weise Herstellung von normaler Peristaltik, von gutem Peritonus und zweimal Hebung schwerer Ptosen erzeugen: der Magen hing vor den entsprechenden hypnotischen Suggestionen schlaff und bewegungslos bis in das kleine Becken und war nachher etwa in Nabelhöhe. Umgekehrt führte die suggestive Verstärkung der seelischen Verstimmung zu meist primär spastischen Verzögerungen des Verdauungsverlaufs bis über 6 Tage, zu Gastroptosen und totaler Atonie sowie fehlender Peristaltik. Bei Patientinnen, die eine erhebliche Beteiligung der Psyche an ihren Darmbeschwerden vermuten ließen, wurde die Passage des Kontrastbreies vor dem Röntgenschirm zweimal vorgenommen, zuerst unbeeinflußt bzw. mit suggestiver Verstärkung ihrer Beschwerden, dann möglichst bald nachher unter suggestiver Behebung oder wirklicher Beseitigung der vorliegenden Störungen. Alle Bilder zeigten dabei evident den Einfluß der veränderten inneren Verfassung der Kranken und die fast momentane Wirkung des Appetits und der suggestiv veränderten Haltung auf die Darmzusammenhänge. Heyer erklärt sich den Erfolg außer durch die direkte Einwirkung auf Motilität und Sekretion auch noch dadurch, daß die vermehrte Frische und Spannkraft der Patienten zu lebhaftem viszeralen Tonus und zu besserer Innervation der stützenden und tragenden Teile ihres Bauchinhaltes geführt habe. Fälle, in denen sich erhebliche Enteroptosen heben ließen, hat er aber nicht viel gesehen und glaubt, daß, wenn die Ptose längere Zeit besteht, der Zustand anatomisch stationär fixiert und unveränderlich geworden sei, so namentlich bei den konstitutionell Asthenischen vom Stillerschen Typ. Er fügt indessen mit Recht hinzu: da der Asthenische wie physisch so auch psychisch matt, depressiv, nachgiebig und leicht ermüdbar zu sein pflege und man andererseits mit ptotischen und mäßig atonischen Organen ebenso schwer leidend wie recht leistungsfähig sein könne, je nach den Beachtungen, die man den Störungen schenke, so entwickele sich auch hier leicht ein Circulus vitiosus. Wenn man diesen durchbrochen habe, bessere sich mit neuem Zutrauen zu sich selbst die Funktion oft bis zu erfreulichen Graden. Dem kann ich nach meinen Erfahrungen nur zustimmen.

Auch an der Hautfunktion läßt sich der Einfluß seelischer Faktoren experimentell studieren. Das hat vor allem die Untersuchung der elektrischen Vorgänge an der Haut bewiesen. Es handelt sich dabei um das sogenannte psychogalvanische Reflexphänomen. Der erste Untersucher war Tarchanoff, und das Wesentliche der Methode bestand darin, daß die Haut des menschlichen Körpers an zwei Stellen mit einem Galvano-

meter in Verbindung gebracht wurde, mittels dessen das Auftreten oder Verschwinden sowie jede geringste Verstärkung oder Abschwächung eines elektrischen Stromes beobachtet und auf einem entsprechenden Apparat registriert werden kann. Neuerdings hat vor allem Veraguth (Das psychogalvanische Reflexphänomen. Mschr. f. Psych. u. Neurol., 1907, 1908) diese Dinge untersucht und u. a. gefunden, daß besonders starke elektrische Vorgänge auf solche Reizworte erfolgen, die für die Versuchsperson von besonderer Bedeutung sind. Es kommt bei diesen Versuchen nicht auf die Stärke des Sinnesreizes an, sondern darauf, daß die Reize von einer Gefühlsbetonung begleitet werden. Was in diesem Falle in der Haut gemessen wird, das ist offenbar die Änderung der Tätigkeit der zahllosen, darin vorhandenen Schweißdrüsen, die bei den wirksamen psychischen Einflüssen eine Verstärkung ihrer Sekretion nachweisen lassen. Dagegen scheinen andere gleichzeitige physiologische Änderungen, besonders solche an den Blutgefäßen, für diese Methode ohne wesentliche Bedeutung zu sein.

Die Herztätigkeit untersteht ja in demselben Maße wie das Blutgefäßsystem seelischen Einflüssen. Neuerdings sind von Bäumler (12) u. a. Versuche der direkten Beeinflussung der Herztätigkeit in der Hypnose vorgenommen worden. Sie und auch die psychoanalytischen Erfahrungen zeigen die große Abhängigkeit der Herzfunktion von unserem Affektleben. Die Suggestionen müssen zweckmäßig nicht direkt als Befehlssuggestionen, sondern indirekt in Form affektbetonter Vorstellungen gegeben werden. Bei den Vorgängen sowohl am Herzen wie im Blutgefäßapparat ist eine Tatsache besonders wichtig: infolge der von frühester Kindheit entstandenen, zum Teil sogar sicher stammesgeschichtlich festgelegten engen Verbindung zwischen Gemütsbewegungen und Änderungen der Blutversorgung und Herztätigkeit, können die letzteren die ersteren ebenso hervorrufen wie die ersteren die letzteren, d. h. weil man erregt ist, hat man Herzklopfen, und weil man Herzklopfen hat, ist man erregt. Diese Tatsache hat ja sogar zur Aufstellung einer besonderen Affekttheorie geführt, die die Affekte nur als Folge körperlicher Vorgänge betrachtete (James und Lange). Danach würden wir also nicht weinen, weil wir traurig sind, sondern wir sind traurig, weil wir weinen. Über die Unhaltbarkeit dieser Theorie brauchen heute nicht viel Worte verloren zu werden. Daß sie aber einen richtigen Kern enthält, geht aus Obigem hervor.

Die weitgehende Abhängigkeit des Blutdruckes von seelischen Erregungen ist ja allgemein bekannt. Ich selbst habe darüber verschiedentlich berichtet, auch darauf hingewiesen, wie eine z. B. durch Diathermie auf dem Kondensatorbett hervorgerufene körperliche Blutdrucksenkung durch psychische Faktoren weiter beeinflußt werden kann. Es gelang in einer großen Zahl von Fällen mit und ohne diese körperliche Maßnahme,

also auch durch rein psychische Beeinflussung, den Blutdruck ganz wesentlich und auch für lange Zeit herabzusetzen. Bei einem Patienten z. B., der mit einem Blutdruck von 220 mm Hg in die Sprechstunde kam, war eine halbe Stunde später nach leichter Hypnose, die eine Beruhigung des vorher sehr erregten Patienten bewirkte, der Blutdruck auf 170 heruntergegangen. Mehrfach habe ich durch Hervorrufung schreckhafter Eindrücke bei im übrigen gesunden Menschen eine Steigerung des Blutdruckes um 20 und 30 mm Hg und darauf in der Hypnose eine Herabsetzung erlebt. Ernst Weber (295) hat nachgewiesen, daß nicht nur Affekte, sondern auch Bewegungsvorstellungen zunächst eine kurz dauernde Blutdrucksenkung hervorrufen, die aber sehr bald in eine starke Blutdrucksteigerung übergeht. Diese hält ebensolange an wie die Einwirkung der Bewegungsvorstellung, dann kehrt sie zur Anfangshöhe zurück. Ein kurzes Nachlassen der auf die Bewegungsvorstellung gerichteten Aufmerksamkeit zeigte sich in einem sofortigen Absinken der Kurve.

Bezüglich der Milchsekretion habe ich einen Fall, der ebenfalls als Experiment angesprochen werden kann, beobachtet: eine Kollegenfrau kommt wegen plötzlichen Versagens der Stillfähigkeit im Anschluß an eine seelische Erregung zu mir. Sie ist sehr verzweifelt über das plötzliche Aufhören der vorher guten Milchsekretion und hat körperlich allerlei versucht, um sie wieder in Gang zu bringen, aber ohne jeden Erfolg. In tiefer Hypnose wird ihr die Suggestion gegeben, daß sie bereits auf dem Wege nach Hause deutlich das Gefühl haben werde, wie die Milch wieder in die Brüste einschießt; sie solle das Kind dann sofort anlegen und mir nach geschehener Leistung telephonisch Bescheid sagen. Eine Stunde nach dem Erteilen dieses Auftrages telephonierte sie dann auch, daß alles wieder in bester Ordnung sei, und von da an ist die Sekretionsstörung dauernd überwunden geblieben. Auch von anderen Beobachtern, so von Bleuler, ist Ähnliches festgestellt worden, so daß an die Möglichkeit, in sehr vielen Fällen das Stillen auf psychischem Wege zu heben, namentlich wenn man gleichzeitig auch eine verständige Ernährung damit verbindet, nicht gezweifelt werden kann.

Die Funktion der Leber und der damit verbundenen Organe ist, wie schon Pawlow am Tiere experimentell gezeigt hat, ebenfalls in weitgehendem Maße von seelischen Einflüssen abhängig. Pawlow konnte je nach der Art des Affekts plötzliches Aufhören der Gallensekretion wie vermehrten Saftfluß hervorrufen. Auch die Gewohnheitsreflexe erwiesen sich in diesem Falle als wirksam. Beim Menschen lehrt uns die klinische Beobachtung, wenn man einmal genauer darauf achten gelernt hat, dasselbe, so daß die vulgäre Redensart, „man ärgert sich gelb", in der Tat eine gewisse Berechtigung zeigt (vgl. die Krankengeschichte S. 103).

Über den Einfluß psychischer Erregung auf die Sekretion der Galle und der Bauchspeicheldrüse hat Oechsler (Intern. Beitr. z. Pathol. u.

Therap. d. Ernährungsstörungen, Bd. 5, H. 1) folgendes festgestellt: Während eine große Dogge mit Gallenfistel und unterbundenem Choledochus mitten im Versuche stand und eben die halbstündig abgelaufene Gallenmenge entnommen war, wurde in demselben Raume in der Nähe mit der Sektion eines anderen Tieres begonnen. Dadurch starke Erregung der Dogge, lautes Bellen; sie ist nur mit Mühe in Ruhe zu halten. Die Galle, die bisher ganz regelmäßig und ohne Unterbrechung abgeflossen war, hörte mit Beginn der Erregung plötzlich auf, und 20 Minuten während der Dauer der Erregung floß nichts mehr. Dann langsamer Wiederbeginn und nach $1\frac{1}{2}$ Stunden wieder durchschnittliche Höhe. Bei einem anderen Hunde wurde, nachdem durch reichliche Mahlzeit die Pankreassekretion auf einen gewissen Höhepunkt gebracht war, durch Vorhalten einer Katze Ärger, Wut und allgemeine lebhafte Erregung hervorgerufen. In wenigen Minuten sank die Sekretion auf ein Minimum und die Bauchspeicheldrüse konnte auch nach längerer Beruhigung ihre Arbeit nicht mehr in normalem Umfang wieder aufnehmen. Beim dritten Versuch wurde ebenfalls nach Einsetzen einer kräftigen Sekretion infolge Fleischzufuhr dem Hunde eine läufige Hündin vorgehalten und dadurch starke sexuelle Erregung und zugleich Ärger über die Verhinderung erzeugt. Es trat dabei eine gleich starke Hemmung der Sekretion auf wie im vorigen Versuch. Bei einem weiteren Versuch wurde der Koitus gestattet. Es ging darauf die vorige Hemmung rasch vorüber und eine fast normale Sekretion setzte ein.

Die Einwirkung auf die Körpertemperatur von der psychischen Seite her ist bekanntlich lange Zeit Gegenstand zahlreicher Kontroversen gewesen. Es ist auch nicht zu bezweifeln, daß auf diesem Gebiet viel unkritisches Material vorgebracht worden ist. Indessen kann heute wohl als gesichert gelten, daß es psychisch bedingte Senkungen und Steigerungen der Körpertemperatur gibt. So habe ich selbst bei einer Kranken, die an Paratyphus gelitten hatte und die wochenlang bereits fieberfrei gewesen war, nach einer starken seelischen Erregung in der Familie plötzlich und scheinbar grundlos auftretendes Fieber beobachtet. Die Temperatur schwankte zwischen 36,5 und 39,5. Da absolut keine Ursache zu entdecken war, habe ich die Temperaturmessungen selbst vorgenommen und als richtig bestätigt gefunden. Nachdem jede organische Erkrankung so weit wie möglich ausgeschlossen war, versetzte ich die leicht einzuschläfernde Kranke eines Tages in tiefe Somnambulhypnose und gab ihr die Suggestion, daß sie sich vollkommen wohl und frisch fühlen werde wie in ihren gesundesten Zeiten, daß sie ganz deutlich fühle, wie das Herz ruhiger schlage, wie eine angenehme normale Wärmeempfindung an Stelle der Hitze trete und wie sie vor allem in keiner Weise mehr erregt werden könne. Die Temperatur, die vor der Hypnose 39,3 gewesen war (von mir selbst gemessen), ging schon im Verlauf der Hypnose auf 38 herunter und war eine Stunde nach der Hypnose auf 37,2 gefallen. Das

Fieber trat dann noch einmal zwei Tage später auf, verschwand ebenfalls wie das erstemal unter der Wirkung der Hypnose und blieb von da ab dauernd verschwunden.

Wie in diesem Falle, so ist auch in vielen anderen Fällen von psychisch entstandener Temperatursteigerung oder -senkung eine körperliche Schädigung des Wärmeregulierungsapparates vorhergegangen, so daß also ein gewisses körperliches Entgegenkommen häufig besteht.

Dergleichen Beobachtungen sind namentlich bei Lungentuberkulosen häufig zu machen, wo die ohnedies vorhandene leichte Temperatursteigerung auf psychischem Wege sehr oft weiter verstärkt wird. Therapeutisch wie diagnostisch ist aber gerade für solche Fälle die Berücksichtigung dieser Tatsache von besonderer Wichtigkeit.

R. Mohr berichtet über folgenden Fall (Zur Kenntnis der Beeinflussung vegetativer Zentren durch die Hypnose. M. m. W., 1914, Nr. 40, S. 2030): Bei einer 38jährigen Frau wird durch die in tiefer Hypnose gegebene Suggestion „Temperaturabfall unter behaglichem Wärmegefühl" sofortiger Abfall von 38 auf 36,5 bewirkt, der bestehen bleibt. Patientin hatte nach Ablauf einer Influenza noch mehrere Wochen gefiebert. Gegenversuch: morgens um 9 Uhr wird suggeriert, daß um 10 Uhr die Temperatur unter Frösteln ansteige und um 12 Uhr unter behaglichem Wärmegefühl fallen würde. Der Erfolg ist Bewegung der Temperatur von 36,5 auf 38,3 und dann nach unten zur bestimmten Zeit. Während des ganzen Versuchs wurde die Kranke von einer zuverlässigen Schwester kontrolliert.

Auch ein heftiger Schnupfen mit reichlicher Sekretion und Rötung der Nasenschleimhaut verschwand bei derselben Patientin auf Suggestion in tiefer Hypnose spurlos. Die Schleimhaut war gleich nach der Hypnose stark abgeblaßt.

Kohnstamm hat schon früher über sehr günstige Beeinflussung von Menstruationsanormalien bei dieser selben Patientin sich geäußert. Beide Tatsachen zeigen, daß es sich um einen Menschen mit allgemein labilem Gefäßapparat handelt.

2. Klinische Beobachtungen.

Klinische Beobachtungen über die Einwirkung seelischer Faktoren auf körperliche Zustände liegen allmählich in einer unendlichen Fülle vor.

Organneurosen.

Vor allem ist es das große Gebiet der Organneurosen, wo wir immer wieder diese Wirkung, und freilich auch ebenso stark die Wechselwirkung zwischen Psychischem und Physischem besonders klar beobachten können. Darauf habe ich schon in einer Reihe von Arbeiten hingewiesen. Da sich aber der Kongreß für innere Medizin 1924 mit einem Teil dieses Gebietes zum ersten Male eingehender befaßt hat, sei hier im Anschluß an die dort gepflogenen Verhandlungen das Wesentliche kurz zusammengefaßt.

In einem vorzüglichen Referat über die nervösen Erkrankungen des Magens hat G. v. Bergmann (Verhdl. d. Dtsch. Ges. f. i. M., München 1924), dem sich Krehls Autorität in allen wesentlichen Punkten anschloß, auf der einen Seite zwar sehr stark betont, daß die Diagnose einer nervösen Magenerkrankung fast von allen Erfahrenen heute weit seltener und mit mehr Zurückhaltung gestellt werden müsse als früher, da sogar scheinbar sichere psychogene Störungen, wie das Aufstoßen und Luftschlucken, das man lange Zeit als eine Art von gewohnheitsmäßiger Unart angesehen habe, oft ganz besonders auf eine Gallenblasenerkrankung oder auf ein Magengeschwür hinweisen und bei anderen Magensymptomen noch viel häufiger organische Grundlagen, namentlich mit der feineren Röntgendiagnostik, sich feststellen ließen. Auf der anderen Seite hat v. Bergmann aber auch mit einem, für einen inneren Kliniker zur Zeit noch ungewöhnlichen Mut, die Psychotherapie für die Behandlung nervöser Magenerkrankungen und auch für psychogen bedingte Folgen organischer Magenstörungen in das ihr gebührende Licht gesetzt. Er weist mit Recht auf die Notwendigkeit hin, die sogenannten bedingten Reflexe bei der Erklärung vieler Magenerkrankungen mehr heranzuziehen. Die Frage, in welcher Beziehung das Magengeschwür zu psychischen Momenten stehe, ob, wie Leube meinte, der Ulkusmagen die Menschen nervös macht, oder umgekehrt wie Strümpell u. a. meinten, auf der Grundlage nervöser Störungen sich das Ulkus besonders zeige, glaubt v. Bergmann dahin beantworten zu dürfen, daß es „Personen mit Ulkusbereitschaft" gebe. Er erwähnt dabei zum Teil noch nicht veröffentlichte Arbeiten von Ottfried Müller, in denen durch die Annahme einer sogenannten vasoneurotischen Diathese eine Brücke zwischen dem Konstitutionellen einerseits und den Magenneurosen und dem Magengeschwür andererseits geschlagen zu werden scheine. Die Neigung zu Katarrhen sowohl der Luft- als auch der Speisewege sei nach diesen Arbeiten vasoneurotisch. Es handele sich in der Magenschleimhaut um Nester abnormer Gefäßversorgung in dem Sinne, daß Kapillaren und feine Venen und Arterien die letzten, nicht durch Anastomosen vertretbaren Gefäßreiser, disharmonisch in ihrem Bau, dysergisch in ihrer Funktion, seien. Auf Grund solcher und anderer Überlegungen kommt er zu dem Schluß, daß, wie ich ja immer behauptet habe, die Scheidung zwischen nervös und organisch sich nicht streng durchführen lasse, daß vielmehr aus einer Funktionsstörung eine fixierte Manifestation an jedem Organ und Organsystem hervorgehen könne.

In der Diskussion zu diesem Referat ist von einer Reihe von Ärzten, noch stärker als von Bergmann selbst, man möchte beinahe sagen: immer noch in einer gewissen Angst, sich durch eine zu starke Betonung des psychischen Faktors wissenschaftlich zu blamieren, die Bedeutung der organischen Komponenten bei Magenneurosen besonders stark unterstrichen worden. So gibt Zweig bezüglich der Achylia gastrica zwar zu, daß es

eine Depressionsneurose der sekretorischen Funktion des Magens gebe und daß sie im Kriege geradezu epidemieartig bei sonst gesunden Menschen aufgetreten sei, während sie jetzt im Frieden die übliche Durchschnittszahl nicht überschreite. Er teilt aber den Standpunkt Knuds-Fabers und Kuttners, daß auch die Achylia gastrica nur in den seltensten Fällen aus nervösen Ursachen entstehe, sondern das Endresultat einer interstitiellen chronischen Gastritis darstelle. Als Beweis dafür glaubt er anführen zu müssen, daß in 80 beobachteten Fällen von Achylia gastrica nach vielen Jahren sich ein Magenkarzinom entwickelt habe. Auf die nahe liegende Frage, die man allen diesen Versuchen, die Bedeutung des Psychischen herabzudrücken, entgegenhalten kann, nämlich ob denn nicht infolge langdauernder funktioneller Störung organische, anatomische Veränderungen allmählich sich entwickeln könnten, geht er nicht weiter ein, obwohl sie vielleicht gerade den Kernpunkt der ganzen Frage darstellt.

Alkan sieht im Ulkus nur die örtliche Äußerung einer besonderen spasmophilen Veranlagung, die sich außer an anderen Organen auch am Magen äußere und mit Hilfe der dort vorhandenen besonderen anatomischen und peptischen Verhältnisse zu dem Ulkus aller Stadien führe.

G. Holler berichtet über Untersuchungen an Gehirnen von Ulkusleichen im neurologischen Institut in Wien, die von Pollack weitergeführt wurden. Sie ergaben einheitlich bei einer Gruppe von Fällen, die als neurogene diagnostiziert worden waren, enzephalitische Veränderung am verlängerten Mark. Auch diese Tatsache beweist meines Erachtens nur das eine, daß nämlich ein sehr starker Einfluß auf die Entstehung des Ulkus vom Nervensystem aus vorhanden sein kann.

K. Hansen (93) hat sich die Frage vorgelegt, ob in jedem Falle einer psychogenen Organerkrankung die determinierenden Tendenzen nachweisbar sind, welche die Einbeziehung gerade dieses und nur dieses Organs in die Neurose veranlassen. Er unterscheidet bezüglich des Prozesses der Organfixation zwei große Gruppen. In der ersten Gruppe ist in das, was bewußt war am Erlebnis einer psychischen Einwirkung, in irgend einer Weise das Organ mit einbezogen, an das sich dann sekundär die Neurose fixiert. In der zweiten Gruppe ist in das, was bewußt war am psychischen Erlebnis, ein Organ nicht miteinbezogen, die Organaffektion ist in diesem Falle zwar in irgend einer Weise mitgegeben, wird aber nicht als zusammengehörig oder abhängig bewußt miterlebt. Daß der Patient später unter Umständen eine Beziehung zwischen Trauma und Organ annimmt, d. h. ihnen eine Deutung gibt, spielt für die Trennbarkeit dieser beiden Gruppen keine Rolle.

Zur ersten Gruppe gehören Fälle wie Krebsfurcht, wo also die Organerkrankung lediglich als Inhalt einer Vorstellung auftritt, ferner Fälle, in denen entweder eine tatsächliche Schädigung irgend eines Organs direkt

weiter psychisch im Sinne einer Fixierung verarbeitet wird oder wo es zunächst zu einer psychischen Reaktion im Sinne einer neurotischen Organmanifestation nicht kommt, sondern wo diese erst viel später eintritt.

Bei der zweiten Gruppe hat kein Vergessen oder Verdrängen der Verknüpfung zwischen der Organstörung und dem Trauma stattgefunden; denn eine bewußte Einbeziehung des Organs in das Traumaerlebnis war von Anfang an nicht vorhanden.

Hat dadurch auch die Aufdeckung einer trotzdem vorhandenen Beziehung nicht den unmittelbar beweisenden Charakter (wie ich hinzufügen möchte, wenigstens nicht für den einzelnen Fall) wie in den Erkrankungen der ersten Gruppe, so kann doch auf der anderen Seite die Häufigkeit und das gleichmäßige Vorkommen bei vielen Fällen diese unmittelbare Evidenz an Beweiskraft wohl ersetzen. Dabei haben wir wiederum zwei Möglichkeiten zu unterscheiden: bei der ersten wird von der Neurose ein Organ bevorzugt, das ohnedies in irgend einer Richtung geschädigt oder angeboren minderwertig ist (Adler), wie z. B. der sogenannte psychogene Diabetes mellitus, dessen Grundlage scheinbar meist eine herabgesetzte Toleranzgrenze gegenüber Kohlehydraten ist, oder Menschen mit sogenanntem schwachen Magen, und ferner gewisse Formen des Asthma bronchiale, die sich an Masernbronchititen oder sonstige leichten Störungen im Atmungsapparat anschließen, wie ich das des Näheren a. a. O. ausgeführt habe (Mohr 205). Hierher gehören aber auch, wie Hansen mit Recht sagt, jene Formen echter und oft gar nicht leichter Organerkrankungen, die erst unter dem Eindruck starker seelischer Erlebnisse offenbar werden, wie etwa die angeborenen, aber durch Übung überwundenen Sprachstörungen, die immer wieder nach seelischen Erregungen aufzutauchen vermögen, oder auch die Fälle jener nach Kriegsende in Behandlung tretenden Offiziere, „bei denen man sich fragte, wie es möglich gewesen ist, daß sie ihren strapaziösen Felddienst versehen, daß sie nicht merken konnten, wie schwer sie organisch krank waren." Bei einer Reihe von ihnen gab erst der Zusammenbruch des persönlichen Lebensinhaltes sozusagen das Signal zum Offenbarwerden einer längst bestehenden organischen Erkrankung. Es sei, meint Hansen, ein Irrtum, in solchen Fällen von seelischer Überlagerung zu sprechen, denn in Wirklichkeit sei es im Gegenteil die organische Erkrankung, die sich psychogen manifestiere, während im Gegensatz dazu seelisch überlagert nur die echten Organkrankheiten genannt werden könnten, die im Vorstellungsleben des Patienten eine sekundäre Bearbeitung erfahren, auf Grund deren dann ein dem objektiven Befund nicht entsprechendes und übersteigerndes Krankheitsbild sich entwickle. Wenn Hansen meint, das Körperproblem, das hier überall vorliege, bleibe ungelöst, nämlich zu begreifen, warum ein früher einmal geschädigtes, aber schon lange wieder normal arbeitendes Organ unter einem seelischen Eindruck erneut dekompensiert werde,

oder warum nachweisbar strukturell geschädigte Organe unter dem Einfluß seelischer Eindrücke erst funktionell minderwertig werden, so kann ich dem nicht ganz beipflichten, sofern wir nämlich eine dynamische Betrachtung der Gehirnvorgänge zugrunde legen. Hansen selbst scheint ja allerdings etwas Ähnliches anzunehmen, wenn er sagt, in Semons Lehre von der Mneme seien alle Grundlagen zu einer einleuchtenden Hypothese enthalten.

Die zweite zur zweiten Gruppe gehörige Form, wo sich also keine direkte Beziehung zwischen Organstörung und einer durch Krankheit verursachten Organdisposition finden läßt, fordert ein anderes Erklärungsprinzip, das durch die sich immer wiederholende Beobachtung an der Ausdruckstätigkeit des Kranken unmittelbar nahegelegt wird, nämlich das ausdruckspsychologische. Es handelt sich, wie ich im Anschluß an Adler des öfteren schon ausgeführt habe, darum, daß schon in der Sprache und in anderen Gebieten der Motilität vorgebildete, teilweise Jahrtausende alte Bahnungen den unbewußten Seelenvorgängen eine Art Organsprache zur Verfügung stellen. Dazu kommt noch, daß zwischen bestimmten Organen und bestimmten Affekten schon normaliter sozusagen physische Beziehungen bestehen, daß z. B. der Affekt der Angst schon phylogenetisch mit Änderungen in der Atmung, der Herztätigkeit und im Vasomotorenapparat, der Affekt des Ekels mit Übelkeitsempfindungen und Brechreiz verbunden ist. Wenn dem nun weiter die Sprache einen entsprechenden, im Gehirn fest fixierten Ausdruck gibt („es drückt mir etwas das Herz ab," „es liegt mir etwas im Magen"), so wirkt dieser Ausdruck seinerseits wieder verstärkend auf die Einschleifung solcher Bahnungen im Zentralorgan ein. Was für psychogene Krampfanfälle neuerdings von verschiedenen Seiten nachgewiesen worden ist, daß bei ihnen nämlich Affektentladungen auf Nervenbahnen erfolgen, die ursprünglich für gewisse Ausdrucksbewegungen (des Greifenwollens, des Zorns, der Liebe, der Wut, des Hasses) bestimmt waren, das gilt also in genau demselben Sinne auch für die inneren Organe. Auch in ihren Funktionen und Funktionsstörungen sucht sich das Triebhafte im Menschen einen generationenlang vorgeübten Ausdruck (einzelne Beispiele s. a. a. O.). Auch Fälle der Art, wie sie Hansen anführt, daß nämlich ursprünglich echte Ausdrucks- oder auch unbewußte Abwehrbewegungen nach überstandenem Trauma fixiert bleiben an das Organ, das dem Ausdruck ursprünglich diente, gehören natürlich hierher. Er erwähnt z. B. die Astasie-Abasie als Ausdruck der Schwäche, im Sinne einer den Aufgaben des Lebens oder ganz bestimmten Teilsituationen gegenüber sich geltend machenden psychischen Insuffizienz. Es ist natürlich richtig, wenn Hansen sagt, daß das Ausdrucksäquivalent der seelischen Situation bei einem dem autonomen Nervensystem unterstehenden Organ uns noch weniger vertraut ist, als das bei dem Ausdrucksphänomen der willkürliche innervierbaren

Muskulatur der Fall zu sein pflegt. Das gilt z. B. vom Tic, wo sich die Beziehungen oft sehr klar aufweisen lassen. Es sei erinnert an einen von mir geschilderten Fall: bei einer Patientin setzte jedesmal im Augenblick des Denkens an einen ihr besonders sündhaft erscheinenden Gedanken ein Kniebeugungstik ein, der aussah, als ob sie sich auf die Knie werfen wollte, und der die Bedeutung einer religiösen Handlung hatte, die ihr als Symbol ihrer Versöhnung mit Gott diente. Aber immerhin ist auch bezüglich der dem autonomen Nervensystem unterstehenden Organe allmählich eine solche Fülle von immer wieder gleichen Beobachtungen vorhanden, daß an der Existenz einer solchen Organsprache auch in diesen Fällen nicht mehr gezweifelt werden kann. So stehen viele nervöse Dyspepsien mit Regungen des Ärgers, Atonien des Magendarmkanals mit langdauerndem Kummer und ähnlichen depressiven Affekten, Herzneurosen, wie die Phrenokardie, mit sexuellen Wunschregungen in besonders enger Verbindung.

Jedenfalls lehrt gerade die Betrachtung der Organneurosen, daß das Psychische dem Physischen nicht bloß von außen aufgelagert ist, sondern daß es ins Tiefste jeden Lebensprozesses eingreift und daß wir uns in der Medizin das Verständnis unendlich zahlreicher Zusammenhänge und tausend Heilungsmöglichkeiten haben entgehen lassen, weil das bisher zu wenig beachtet worden ist.

Als Resultat der für die Geschichte der Medizin sicher denkwürdigen Verhandlungen des 26. Kongresses für innere Medizin (1924) und als Resultat aller sonstigen neueren Arbeiten auf diesem Gebiete kann man jedenfalls die Erkenntnis festhalten, für die ich mich selbst immer wieder eingesetzt habe, daß nämlich die Frage nicht lautet: „Organisch oder psychisch?", sondern „Wieviel ist an einem Krankheitsbild organisch, wieviel psychisch, und wie wirken beide aufeinander und ineinander?" „Es genügt nicht," sagt Krehl, „einen Menschen mit Ulkus chirurgisch, einen mit Neurose seelisch zu behandeln. Sondern unsere Aufgabe ist, wenn möglich das Grundleiden, das, wovon alles ausgeht, wegzuschaffen, im übrigen aber den einzelnen Krankheitserscheinungen mit den Mitteln zu begegnen, die ihrer Natur entsprechen."

Ein interessanter Versuch, die Entstehung organneurotischer Störungen auch experimentell anzufassen, sei hier noch angefügt.

Betreffs des Herz- und Blutgefäßapparates hat nämlich Felix Deutsch (43a) experimentelle Untersuchungen angestellt. Es wurde in der Hypnose ein angstvolles Erlebnis suggeriert, von dem angenommen werden konnte, daß sich seiner Erinnerung im Wachzustande gewisse moralische und sonstige Widerstände entgegenstellen würden. Die Reaktionen am Herz- und Gefäßapparat wurden elektrokardiographisch, oszillomanometrisch und kapillaroskopisch beobachtet. Die Empfindungen und Organstörungen, die das Erlebnis in der Hypnose begleiteten, ließen sich im Wachen dadurch

wieder hervorrufen, daß der posthypnotische Auftrag gegeben wurde, auf ein bestimmtes Zeichen sollte dasselbe wieder empfunden werden wie während der Hypnose, aber ohne Erinnerung daran. Wird die Erinnerungsfähigkeit des Erlebnisses ebenfalls durch posthypnotischen Auftrag an ein im Wachen zu gebendes Zeichen gebunden, so werden so lange von den in der Vergessenheit gehaltenen Erlebnissen die Organneurosensymptome ausgelöst bzw. wieder zum Verschwinden gebracht, bis die Erinnerung, durch das Zeichen angeregt, vollkommen aufgetreten ist. Ist diese Erinnerung mit entsprechendem Affekt einmal aufgetaucht, dann sind die Empfindungen und Organstörungen, die das Erlebnis in der Hypnose begleitet hatten und die vor Eintritt der Erinnerung auch im Wachen beliebig oft wiederholt werden konnten, dauernd verschwunden. Die Versuche zeigten weiter, „daß die Fortdauer organneurotischer Störungen nicht durch die immer wieder auftauchende Erinnerung an das auslösende Aktualereignis erfolgt, sondern durch den vom ursprünglichen Erlebnis losgelösten Affekt. Dieser Affekt ruft dieselben organischen Funktionsstörungen hervor wie das ehemals mit ihm verbundene Erlebnis." Diese experimentellen Ergebnisse entsprechen also genau dem, was die klinische Erfahrung uns hundertmal lehrt.

Sogenannte „rein organische" innere und Nervenkrankheiten.

Es würde viel zu weit führen, wenn wir die Bedeutung, die eine Berücksichtigung des psychischen Faktors und seiner Wechselwirkungen mit dem physischen bei sogenannten „rein organischen" Krankheiten für Diagnose und Therapie hat, im einzelnen verfolgen wollten. Einige Beispiele mögen auch hier genügen.

Die genuine Epilepsie ist, wenigstens so weit wir das beim Stand unserer heutigen Kenntnisse sagen können, wahrscheinlich Folge irgend einer chemischen (vielleicht hormonalen) Einwirkung. Und doch ist der einzelne Anfall zweifellos sehr häufig von der gesamten psychischen Einstellung abhängig. Inwieweit seelische Umstände im einzelnen wirksam sind, darüber unter mehr. Jedenfalls ist der Anfall selbst keine einfache Giftwirkung, sondern wird unter gewissen Umständen auf seelischem Wege bald hervorgerufen, bald auch wieder verhindert. Da der Anfall eine Art von Krise ist, die aus einer, wie Bleuler sich ausdrückt, abnormen chemischen Situation herausführt, und da epileptische Verstimmungen häufig nach einem Anfall abgeschlossen erscheinen und umgekehrt bestehen bleiben, solange man die Krise durch Medikamente am Abschluß verhindert, so liegt hier wieder einmal eine ganz offensichtliche Wechselwirkung vor. Überlegt man, daß Brom und andere Antiepileptika im wesentlichen nur im Sinne einer Herabsetzung der kortikalen Erregbarkeit, durchaus nicht im Sinne einer Kausaltherapie wirken und daß die

unsere auch auf psychischem Wege erfolgen kann, so ist verständlich, inwiefern eine Herabsetzung der Zahl der Anfälle entweder einfach durch Verlängerung oder aber durch Unterdrückung des Chronus erreicht zu erzielen ist. Das allein ist natürlich ebensowenig eine Heilung wie die Unterdrückung der Anfälle durch Brom.

Ganz klar kann man die psycho-physische Wechselwirkung bei vielen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems beobachten. Wie oft weicht sich z. B. an eine Gehirnverletzung bei Tabes oder multipler Sklerose ein psychisch ausgelöstes Angstgefühl an, das schließlich die organische Komponente so überwuchern kann, daß das ganze Bild, wie in einem Falle meiner Beobachtung, unter dem Eindruck einer Platzangst als dem einer tabischen Störung wankt. In diesem Falle habe ich den Kranken, bei dem lange Chinin-Behandlung allein erfolglos versucht worden war, durch Aufklärung und Beruhigung wieder zu einem für seinen Beruf durchaus genügenden Gehen gebracht. Daß wir auf diese Weise indirekt auch den körperlichen Krankheitsprozeß günstig beeinflussen, indem der Kranke nicht dauernd am Bett gefesselt ist und zur regelrechten Innervation wieder ermutigt wird, leuchtet ein.

Sehr oft können wir während des Krieges die Wirkungen psychischer Faktoren auf organische Lähmungen, die Fixierung der ersteren nach Abklingen der organischen Symptome, die Rückwirkung der psychischen Komponente auf die organischen Folgen der Lähmung (Muskel- und Knochenatrophien, trophisch-vasomotorische Störungen) wesentlich beeinflussen. Auch bei den Aphasien, überhaupt bei allen Sprachstörungen, wo es sich um Behinderung im Ablaufe für gewöhnlich automatisch sich abspielender Vorgänge handelt, ist die psychische Seite nicht zu unterschätzen. Man erlebt da immer wieder Überraschungen, wenn man mit solchen Kranken eingehender arbeitet. Wie eine Nichtachtung der psychischen Komponente dabei auch zu wissenschaftlich schwerwiegenden Irrtümern führen kann, zeigt der bekannte Aphasiefall Voit, den Grashey, Sommer, Wolf als Grundlage komplizierter Aphasietheorien diente und bei dem Weygandt später nachwies, daß er durch psychische Faktoren in einer Weise beeinflußt war, die einen Teil jener Theorien über den Haufen warf. Schon vor Jahren habe ich, wie bereits erwähnt, betont, daß wir nur durch eine gleichzeitige psychologische Betrachtungsweise solcher Fälle theoretisch und therapeutisch weiterkommen werden, und Pick, neuerdings auch Goldstein haben das bestätigt.

Bei den Psychosen endlich, worauf von Kraepelin, Bleuler und vielen anderen oft genug hingewiesen worden ist, eine große Zahl von Symptomen, die ursprünglich eine physische Grundlage haben, in Wechselwirkung mit einer abnormen psychischen Reizverarbeitung. So kommen z. B. gewisse Formen von Halluzinationen zustande, indem Vorgänge sinnlicher oder sonstiger physischer Art im Gehirn zu Parästhe-

sien führen und diese dann in einer bestimmten Weise weiter verarbeitet werden.

Bei den organischen Geistesstörungen können wir ebenfalls beobachten, daß z. B. die charakteristischen Gedächtnisstörungen, die der Ausdruck von anatomischen Veränderungen im Gehirn sind, je nach den momentanen psychischen Konstellationen wechseln. Die Schwäche der Orientierung, die für gewöhnlich vielleicht noch ausreicht, um den Kranken in seinen täglichen Verhältnissen sich zurecht finden zu lassen, kann durch Affekteinflüsse plötzlich zu absoluter Orientierungsunfähigkeit werden. Der unbekannte primäre physische Prozeß bei der Schizophrenie setzt eine besondere Disposition. Die psychischen Funktionen werden, sagt Bleuler (Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg, 4. Abteilung, Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, 1911), dadurch so verändert, daß die gewöhnlichen psychischen Mechanismen anders als in der Norm ablaufen. Es liegt z. B. irgend eine Störung der Assoziationen vor. Sie kommt aber erst dann für unsere Beobachtungsmittel zur Erscheinung, wenn psychische Bedürfnisse sich dazu summieren oder wenn besondere psychische Mechanismen gerade durch diese Grundstörung besonders in Mitleidenschaft gezogen werden.

Allgemein können wir überhaupt sagen, daß bei organischen Störungen häufig latente Anlagen und Dispositionen erst durch psychische Einflüsse Gelegenheit finden, sich in Form von Symptomen zu äußern.

Betreffs der Erkrankungen der Respirationsorgane sei hier nur daran erinnert, in einem wie weit gehendem Maße z. B. bei Lungentuberkulose psychische Momente einzuwirken pflegen, wie sie häufig ganz offensichtlich die Kachexie, die Gewichtsverluste, die Atmung beeinflussen, wie die erwähnte gesteigerte Erotik solcher Patienten ihrerseits rückwirkend die innersekretorischen Vorgänge beeinflußt, wie Temperatursteigerungen und Lungenblutungen durch Angst vermehrt und durch Beruhigung zum Stehen gebracht werden können und wie der Appetit sich auf seelischem Wege heben läßt.

Bei Herzaffektionen und Blutgefäßerkrankungen sieht man, was Goldscheider (Über psychoreflektorische Krankheitssymptome, D. m. W., 1907, Nr. 17) vor allem gezeigt hat, die Häufigkeit psycho-reflektorischer Erscheinungen, d. h. zwischen den Reflexmechanismus drängen sich psychische Faktoren, Gefühle, Affekte, Vorstellungen, die bahnend oder hemmend auf die Reflexe einwirken und so die verschiedenartigsten physiologischen Folgen haben können. Hier kommt auch wieder die Rückwirkung der körperlichen Ausdrucksbewegungen auf die Affekte im Sinne einer Steigerung, Vertiefung und Festigung der letzteren in Frage. Daß Kummer, Gram, Sorgen nicht nur auf die Aktion, sondern auch auf die Kraft des Herzens großen Einfluß haben, sogar bis zu den stärksten Graden, bis zum Absterben des Organs, betont auch Krehl (Pathol. Physiologie).

Stoffwechselstörungen, die sich in Fettsucht, plötzlich einsetzender Abmagerung usw. äußern, zeigen häufig den Einfluß seelischer Faktoren in stärkstem Maße, wenn man nur einmal den eigentlichen tieferen psychischen Vorgängen auf die Spur kommt.

Über die Art, wie sich psychische Einflüsse überhaupt auf chemische Vorgänge im Körper Geltung verschaffen, liegen allerlei Beobachtungen vor. So z. B. über die Wirkung auf den Verlauf der Narkose.

Schon bei der Einleitung der Narkose ist es von großer Bedeutung, in welchem psychischen Zustande der Kranke sich befindet. Ist er im ganzen sehr empfindlich, besonders ängstlich, oder wird er an einem Körperteil operiert, der für ihn eine besondere, von Komplexen her bestimmte Wichtigkeit hat, so ist bekanntlich oft ein weit größeres Quantum des Narkotikums nötig als im anderen Falle, wo nicht selten minimalste Mengen genügen. Es liegt hier derselbe Fall vor wie bei erregten Geisteskranken, wo ja oft die größten Dosen Skopolamin und Morphium und die stärksten Schlafmittel nichts nützen und zwar auch dann, wenn die Erregung rein psychischer Natur ist, und wo durch psychische Mittel, wie die Hypnose, sich trotzdem Ruhe und Schlaf erzielen lassen.

Kraepelin sagt: (Psychiatrie, 8. Aufl., II., 58) „Ich machte an einem Versuch mit 60 g Alkohol die zufällige Erfahrung, daß die sonst bei dieser Gabe schon recht deutlichen Lähmungserscheinungen nach einer gemütlichen Erregung völlig ausblieben." Es ist ja auch sonst allgemein bekannt, daß der Eintritt des Alkoholrausches in hohem Grade von der augenblicklichen seelischen Konstellation abhängig ist. Man denke an die Fälle, wo eine solche Giftwirkung bei einem häufig nach Betäubung verlangenden Menschen mit einer fast schlagartigen Stärke eintritt, während derselbe Mensch in anderer Stimmung große Quanten vertragen kann, oder Fälle, wo ein Rauschzustand plötzlich beendigt wird, wenn ein den ganzen Menschen packendes Ereignis dazwischen kommt. Sogar beim Delirium tremens, bei gewissen Fieberdelirien ist eine starke Beeinflußbarkeit durch psychische Umstände vorhanden.

Cloetta hat Tiere, die durch chemische Substanzen und auf psychischem Wege aufgeregt waren, narkotisieren lassen und dabei gefunden, daß größere Quantitäten des Narkotikums benötigt wurden, daß aber außerdem auch trotz der fehlenden Narkose das Hirn eher mehr von dem Narkotikum enthielt, als unter gewöhnlichen Umständen. Bleuler schließt aus diesen und ähnlichen Erfahrungen dasselbe, was wir inzwischen auch durch die Untersuchungen Heyers und Langheinrichs wissen, nämlich, daß unser Zentralnervensystem respektive die Psyche auch aus der chemischen Umgebung nicht nur das ausliest, was ihr paßt, sondern auch die Stoffe verschieden verwendet, „sie eventuell, in einem chemischen Bilde ausgedrückt, je nach den Umständen an verschiedene Moleküle angliedern kann. Wenn die Psyche nicht schlafen will, so hält sie sich ein Narkotikum, das im Blute kreist, so lange als möglich vom Leibe, respektive läßt es nicht so leicht zur Wirkung kommen". Seine Meinung, es müsse einen Mechanismus geben, der je nach der Stimmung die Wirkung

eines Nervenmittels umkehren könne, ist sicher zutreffend, wie jeder einigermaßen klar beobachtende Arzt häufig genug zu konstatieren Gelegenheit hat. So wird ja z. B. ein Mensch, der ohnedies in Wut ist, durch den Alkohol nicht besserer Stimmung, sondern häufig noch wütender, so bewirkt manchmal Morphium bei sensiblen Menschen keine Beruhigung, sondern vermehrte Erregung.

Auf die Tatsache der psychischen Beeinflussung der Entzündungsvorgänge ist zuerst von Spieß (Die Bedeutung der Anästhesie [Areflexie] in der Entzündungstherapie, Leipzig 1912) u. a. hingewiesen worden. Er zeigte, daß durch eine Aufhebung der Schmerzempfindlichkeit an einer entzündeten Körperstelle auch die Entzündungsvorgänge selbst nachlassen bzw. schneller abklingen, offenbar weil die Zirkulationsverhältnisse infolge des Ausfalls der weiteren Reizung vom Gehirn aus sich ändern.

In wie weitgehendem Maße die sogenannten rheumatischen Erkrankungen durch psychische Umstände verstärkt bzw. fixiert werden, dafür haben die Kriegsbeobachtungen reichliches Material geliefert. Unter 100 von mir selbst aufs genaueste untersuchten Kranken dieser Art waren 90 nach längerer Dauer der Erkrankung durch eine rein psychische Behandlung in Ordnung zu bringen. Dabei, wie auch sicher bei vielen Fällen von Ischias, ist wiederum der Circulus vitiosus zu beachten: der anfänglich körperlich bedingte Schmerz bringt unzweckmäßige Haltung und krampfhafte Muskelzustände hervor. Diese werden psychisch falsch verarbeitet, dadurch der Schmerz verstärkt und reaktiv wieder die Haltung usw.

Beim Keuchhusten besteht selbstverständlich zunächst ein körperlich bedingter Reizzustand. Hamburger u. a. weisen aber wohl mit Recht darauf hin, daß die eigentliche Infektionskrankheit nur 4—5 Wochen dauere und daß das langwierige, darauf folgende Stadium meist nur durch psychische Reproduktion der seinerzeitigen Anfälle hinausgezogen werde. Die Tatsache, daß durch psychische Einflüsse, zu denen sicher auch zum Teil die Luftveränderung zu rechnen ist, die Erscheinungen sich oft in ein bis zwei Tagen zum Verschwinden bringen lassen, spricht in dieser Hinsicht deutlich genug, ebenso wie die Beobachtung der gegenseitigen Beeinflussung der Kinder in großen Krankensälen.

Der Husten überhaupt ist in einem sehr ausgiebigen Maße ein oft psychisch fixiertes Symptom, wenn einmal eine körperliche Erkrankung vorangegangen ist. Dasselbe gilt vom Stimmritzenkrampf, vom Stottern, vom Schreibkrampf und vielen anderen ähnlichen Koordinations- und Beschäftigungsstörungen.

Sogar bezüglich der Gallenstein- und Nierensteinkolikanfälle bin ich geneigt, psychischen Faktoren eine wichtige Rolle sowohl bei der Entstehung als auch bei der Beseitigung zuzuschieben. In der Tat muß man sich fragen, warum hilft so oft allein das Morphium dem Kranken über einen solchen Anfall weg? Es greift doch offenbar nicht lokal, sondern zentralwärts an, beseitigt also den anatomischen Vorgang nicht, sondern

wirkt durch Herabsetzung der Schmerzempfindung, indem dabei aus dem Zirkel zwischen Schmerz, Krampf der glatten Muskulatur und dadurch wieder verstärktem Schmerz ein Stück herausgeschnitten wird. Aber während das Morphium häufig genug zu einer Überempfindlichkeit gegen Schmerzen und damit letzten Endes zu einer weiteren Steigerung des Zustandes führt, fällt diese Gefahr bei einer auf psychischem Wege erzielten Beruhigung vollkommen weg. Es ist mir auch aufgefallen, daß bei einer Reihe von Kranken, die ich wegen anderer Störungen behandelt habe, die aber daneben typische Gallensteinkoliken hatten, diese mit der Besserung des seelischen Allgemeinzustandes, der natürlich immer auch eine solche des körperlichen zur Folge hat, dauernd verschwunden sind. Das führe ich zunächst nur als Tatsache an. Aber es gibt immerhin zu denken. Es ist übrigens auch merkwürdig, wie oft gerade nach Gallenblasenoperationen schmerzhafte, den Gallensteinkoliken ähnliche Zustände sich finden, die fast immer einer rein psychischen Behandlung weichen.

In einer schönen Arbeit über die Entstehung des Gallensteinleidens nennt A. Bacmeister (10) neben den ja allgemein bekannten chemischen und mechanischen Ursachen der nicht entzündlichen Steinbildung auch einige, die für die psychophysische Wechselwirkung in Frage kommen können, nämlich konstitutionelle Anlage zu Enteroptosen und Wandernieren, dauernden Meteorismus, Verstopfung, dauernd geringfügige Zwerchfellatmung (bei Depressivzuständen z. B. sehr häufig), die alle eine Stauung des Gallenabflusses hervorrufen können und damit einen vermehrten Ausfall von Cholesterin usw. Für die Auslösung der eigentlichen Anfälle nimmt sowohl Strümpell als auch andere Autoren, und das entspricht ja der täglichen Erfahrung, neben diätetischen und sonstigen organischen Ursachen auch psychische Erregungen an. Alles, was der Galle gute Abflußbedingungen schafft, wozu u. a. die genannten, von der psychischen Seite her beeinflußbaren Vorgänge gehören, wird also prophylaktisch und therapeutisch hier in Frage kommen, ebenso wie alles, was die Passage des Steins erleichtert, d. h. das Auftreten abnorm krampfhafter Zustände verhindert.

Die Behandlung des Asthma bronchiale ist von Delius und mir schon vor 15 Jahren bewußt auf psychotherapeutischem Wege vorgenommen worden. Dabei haben die Erfolge gezeigt, daß dieser Weg der einzig sichere auch in solchen Fällen ist, wo deutliche organische Störungen, wie chronische Bronchitis, Emphysem und ähnliches, vorliegen. Moos (Über den Wert und die Behandlung der Psyche bei inneren Krankheiten. Ihre Methoden und Erfolge. Ther. d. Gegenw., Juni—Juli 1921) hat neuerdings eine Anzahl von Asthmafällen, die auf diese Art behandelt wurden, ausführlich veröffentlicht. Dabei ist für unsere Frage, wie weit seelische Einflüsse auf den Körper möglich sind, besonders wesentlich eine Feststellung, nämlich die, daß mit der Besserung bzw. Heilung des asthmati-

schen Zustandes auch die Eosinophilie entsprechend zurückging, z. B. in einem Falle von 12½ auf 5%. Auch wenn die Theorie des Asthmas, die anaphylaktische Vorgänge eine Rolle spielen läßt, sich später einmal als wirklich zu Recht bestehend erweisen sollte, würde dadurch an der Tatsache der Heilbarkeit des Asthmas durch Psychotherapie nichts geändert werden. Man müßte zur Erklärung dann eben annehmen, daß diese anaphylaktischen Vorgänge bei bestimmten Individuen durch eine abnorme Reizverarbeitung der anaphylaktischen Reize seitens des Gehirns in ihrer Wirksamkeit gesteigert bzw. gehemmt werden.

Ähnliche Ansichten, wie ich sie seit langem vertrete, haben kürzlich auch J. H. Schultz und Frieda Reichmann (257) geäußert.

Daß starke seelische Erregungen selbst Muskelfunktionen wieder in Tätigkeit treten lassen können, die im Zustand des gewöhnlichen Wachbewußtseins überhaupt nicht vorhanden sind, darüber hat neuerdings Bier (19) in einer geistvollen Arbeit hingewiesen. Er berichtet von besonderen Leistungen Geisteskranker und Epileptischer, die von Volland in der Anstalt Bethel b. Bielefeld beobachtet wurden. Solche Kranke vermögen in ihren Anfällen Bewegungen von einer ganz ungewöhnlichen Kraft und Geschicklichkeit auszuführen, z. B. zu klettern und zu springen, und zwar in einer so gewandten Weise, wie es ihnen im wachbewußten Leben nie auch nur annähernd möglich wäre. Meist handelt es sich im Gegenteil um Menschen, die im relativ normalen Zustande sich recht ungeschickt zeigen. Dabei ist besonders sonderbar die Tatsache, daß solche Patienten beim Klettern nach Art der Affen und Australneger mit nach innen gekehrten Fußsohlen, also ganz anders als der Durchschnittskulturmensch, klettern. Bier sagt mit Recht, daß Leistungen, wie sie solche Kranke ausführen, von gesunden, wachbewußten Menschen erst nach jahrelanger Übung und auch dann oft nicht so vollkommen zustande gebracht werden können. Es handelt sich also darum, daß durch starke seelische Erregungen aus längst vergangenen Zeiten stammende Arteigentümlichkeiten und Instinktgewohnheiten wieder mobilisiert werden können, eine Tatsache, die für die Frage der Einwirkung seelischer Faktoren auf die Gestaltung des gesunden und kranken Körpers von hervorragender Bedeutung ist.

Daß es möglich ist, die Hauttätigkeit psychisch, namentlich was die vasomotorische Seite betrifft, aufs stärkste zu beeinflussen, das haben ja die weiter unten erwähnten hypnotischen Versuche hinreichend deutlich gezeigt. Es sei hier nur noch daran erinnert, daß es einer Reihe einwandfreier Beobachter gelungen ist, Warzen durch suggestive Einwirkung in der Hypnose innerhalb ganz kurzer Zeit zu beseitigen. Klinische Beobachtungen zeigen ferner, daß Störungen der Hauttätigkeit, selbst wenn sie jahrelang bestehen, namentlich Dermatitiden und Ekzeme, psychischer Einwirkung in weitgehendem Maße zugänglich sind.

Erytheme, besonders in Form plötzlich auftretender starker Rötung des Halses, des oberen Teiles der Brust, sowie auch Urtikariaeruptionen mit Quaddelbildung über die ganze Haut habe ich des öfteren auch bei Kranken während der Analyse in unmittelbarem, nicht zu verkennendem Zusammenhang namentlich mit solchen Komplexen, die sehr peinlichen Inhaltes waren, entstehen sehen. Diese Hauterscheinungen verschwanden meist mit dem Abklingen der betreffenden Affektreaktion. Bei einer Patientin trat das Erythem an den seitlichen Teilen des Halses zum erstenmal während der Behandlung auf, als sie mir berichtete, daß der Arzt, der sie während eines Typhus behandelt habe, die Gewohnheit gehabt habe, sie scherzend mit der Hand am Nacken zu umfassen. An diesen Stellen waren auf der linken seitlichen Halsseite ein roter Fleck, auf der rechten drei Flecken in Größe der Fingerbeeren sichtbar, außerdem aber auch noch am Vorderteil des Halses eine flammende Röte bis zum Ansatz der Brüste.

Über die Einzelheiten der psychischen Entstehung und der psychophysischen Wechselwirkungen bei Hautkrankheiten geben die Krankengeschichten Auskunft.

Daß vom Nervensystem ein starker Einfluß auf Menge und Zusammensetzung des Urins, also auf die Nierentätigkeit ausgeübt werden kann, beweisen zahlreiche Beobachtungen, zunächst die besonders bei Angstzuständen und vasomotorischen Neurosen häufige Ausscheidung eines Urins von ungewöhnlich niederem spezifischen Gewicht und besonders großer Menge. Ein Fall ist mir besonders eindrucksvoll gewesen, wo eine auch sonst psychisch sehr labile Frau am Tage des Todes ihres Vaters einen Anfall stärksten Herzjagens mit einem in kleinen Portionen entleerten, in 24 Stunden etwa 4 l ergebenden Urin von wasserhellem Aussehen und sehr niedrigem spezifischen Gewicht ausschied. Der Anfall wiederholte sich genau ein Jahr nach dem Tode im Anschluß an gewisse sonstige seelische Erregungen und kehrte noch einige Male bei Gelegenheiten wieder, wo sie lebhaft an den Vater erinnert wurde. Eine verhältnismäßig kurze Aufklärungsbehandlung brachte dauernde Beseitigung des Zustandes.

Hierher gehören ferner die Fälle von zentral bedingtem Diabetes insipidus, von Polyurie bei Migräne, von Eiweißausscheidungen nach den epileptischen Anfällen. Auch die Tatsache, daß bei orthostatischer Albuminurie und in der Rekonvaleszenz von Nierenentzündungen die Eiweißmenge von Nerveneinflüssen beträchtlich abhängig ist, muß erwähnt werden.

Experimentell hat Claude Bernard durch die Entdeckung der Piqûrehydrurie den Einfluß des Nervensystems auf die Menge der Urinausscheidung bewiesen, und andere Experimente haben gezeigt, daß auch vom Splanchnikus und Vagus ähnliche Einflüsse ausgehen können.

Jungmann und Erich Meyer (129a) haben bei ihren Experimenten gefunden, daß bei Reizung des Vagus und Sympathikus eine Hemmung, durch Durchschneidung derselben eine Steigerung der Wasserausscheidung aufzutreten pflegte. Weiter aber haben sie auch eine Änderung in der chemischen Zusammensetzung des Urins beobachtet. Der bei der Polyurie naturgemäß verdünnte Harn besitzt einen höheren prozentualen Cl-Gehalt als der normale Harn. Die Steigerung kann mehr als das Zehnfache betragen, ist unabhängig von dem Cl-Bestand des Organismus, erfolgt zwangsmäßig nach der Piqûre, man kann also in Analogie mit dem Zuckerstich geradezu von einem Salzstich sprechen. Die Autoren nehmen als Ursache eine Reizung dilatatorischer Fasern an, wofür das schnelle Abklingen der Polyurie und die Tatsache spreche, daß wiederholte Piqûre immer wieder denselben Effekt hervorrufe.

Untersuchungen beim Menschen über dieses Gebiet liegen bisher nicht vor. Doch habe ich in einer Reihe von Fällen bei Patienten, die sich im Stadium starker seelischer Spannung wegen Auftauchens lebhaft gefühlsbetonter Affekte während einer Psychoanalyse befanden, beobachtet, daß sie über eine, tagelang sich hinziehende, auffallend vermehrte Urinausscheidung klagten, die mit dem Abklingen der Erregung verschwand.

Über die Einwirkung psychischer Faktoren auf den Diabetes ist ja von verschiedenen Seiten hingewiesen worden. Man hat dabei allerdings einen neurogenen Diabetes vom echten Stoffwechseldiabetes unterscheiden zu können geglaubt. Diese Unterscheidung halte ich indessen nach meinen Erfahrungen nicht für prinzipiell durchführbar und bin der Ansicht Goldscheiders (Verhdlg. d. Dtsch. Ges. f. i. Med., 1921), daß, da beim Diabetes eine Überempfindlichkeit vorliegt und diese durch die Reizbarkeit des Gesamtorganismus sowie durch die Summe der überhaupt zufließenden Reize beeinflußt wird, es auch beim Diabetes nicht nur auf die alimentären, sondern auf sämtliche Reize ankommt. Deswegen ist es auch für den Erfolg der alimentären Behandlung wichtig, in welchem Reizbarkeitszustand sich der gesamte Organismus befindet. Übermüdung, Überreizung, Überempfindlichkeit des Organismus durch irgend welche Bedingungen kommen also in Betracht und ebenso die mit den eventuellen Lebensbedingungen verbundenen Reizungen, daher auch die Gesamtmenge der alimentären Reize. Goldscheider kommt so zu dem Schluß, daß bei der Behandlung der Diabetes auch die Persönlichkeit als Ganzes zu berücksichtigen sei.

Auch v. Stauffenberg (262) äußert ähnliche Ansichten. Namentlich berichtet er über einige Fälle von schwerem Diabetes bei Hysterie, wo der trotz rigorosester Aufsicht jeder Behandlung hohnsprechende Verlauf eine direkte Abhängigkeit der Schwankungen von psychischen Einflüssen zur Evidenz erwies. Bei dieser Gelegenheit spricht er, nebenbei gesagt, auch mit Recht davon, daß in den Kliniken die Stimmung, die ge-

mütliche Ausgeglichenheit, die Äquilibrierung des Affekts und des Selbstgefühls viel zu wenig beachtet werden und man oft mit großem Eifer eine Störung behandle, die nichts weiter sei als ein Symbol, hinter dem der Kranke seinen psychischen Jammer verberge.

Hier ist der Ort, wo wir über die Beeinflussung des Apparats der endokrinen Drüsen durch psychische Faktoren und über die dabei zu beobachtenden Wechselwirkungen einiges Zusammenfassende einzufügen hätten. Es scheint mir nicht besser geschehen zu können, als indem ich den Inhalt eines im Jahre 1921 von mir in Baden-Baden gehaltenen Vortrags in seinem wesentlichen Inhalt wiedergebe [Mohr (199)]. Seither ist zwar mancherlei auf diesem Gebiet gearbeitet, aber im ganzen wenig anderes dabei zutage gefördert worden, als was ich damals schon ausgeführt habe.

In früheren Jahrzehnten galt es bekanntlich als ausgemacht, daß die Wechselwirkungen der Teile des Körpers untereinander im wesentlichen bedingt seien durch einen auf nervösem Wege vermittelten Consensus partium, wobei man Anregungen und Hemmungen von seiten des Nervensystems voraussetzte.

Diese Auffassung ist dann vor allem durch die Entwicklung der Lehre von den Drüsen mit innerer Sekretion erheblich verändert worden: die chemisch vermittelte Organkorrelation trat als mindestens gleichberechtigt — in Hinsicht auf Anregung wie auf Hemmung — neben die nervöse. In den letzten Jahren namentlich macht sich deutlich ein Umschwung geltend nach der Richtung hin, daß die vom Zentralnervensystem ausgehenden Wirkungen immer mehr in den Hintergrund treten gegenüber den chemischen durch Hormone. Aber auch dabei bleibt doch noch die Frage zu beantworten, ob, wie Biedl (18) sich ausdrückt, „die Hormone als chemische Boten die differenten Funktionen im Organismus durch direkte chemische Beeinflussung der differenten Gewebe modifizieren oder ob die Funktionsänderung nicht etwa indirekt durch Vermittlung des Nervensystems zustande kommt". Man kann sich daher dem Schema Biedls anschließen und unterscheiden:

1. eine rein hormonale Korrelation durch Abänderung des Chemismus der Gewebe;

2. eine neurochemische bzw. hormoneurale Korrelation, wobei die Modifikationen der Organfunktionen durch den abgeänderten Nerveneinfluß bedingt werden, der aber seinerseits durch einen veränderten Nervenchemismus herbeigeführt wird;

3. endlich die wesentlich neurale Korrelation, von der ein neurohormonaler Mechanismus als Untergruppe abzugrenzen wäre, „durch den auf nervösem Wege Abänderungen in der Produktion und Abgabe der einzelnen Hormone ausgelöst werden, die dann erst auf den früher genannten ersten zwei Wegen in den Erfolgsorganen Wirkungen entfalten".

Man wird schon rein theoretisch voraussetzen dürfen — und die Tat-

achen bestätigen das durchweg —, daß in Wirklichkeit keine dieser Formen für sich allein besteht, sondern daß es sich immer um ein Ineinander und Durcheinander der verschiedenen Arten handelt. Dessen bin ich mir auch wohl bewußt, wenn ich versuche, an der Hand klinischer Erfahrungen die Bedeutung des neurohormonalen Mechanismus, soweit er mit kortikalen Vorgängen in Beziehung steht, zu zeigen. Gerade weil kortikalen, d. h. psychischen Einflüssen seitens der Bearbeiter der Lehre von der inneren Sekretion verhältnismäßig so wenig Beachtung geschenkt wird, scheint mir die Sammlung möglichst reichlichen klinischen Materials von besonderem Wert.

Ein bereits früher kurz von mir besprochener Fall hat zuerst meine Aufmerksamkeit stärker auf diese Frage gelenkt. Es handelte sich um eine 1915 in meine Behandlung gekommene 26jährige Kranke, die mir von einem Dermatologen überwiesen wurde. Vater war an Paralyse gestorben, Patientin selbst als Kind sehr schwächlich, fühlte sich immer elend. Mit 16 Jahren zum ersten Male menstruiert, unmittelbar danach vollkommene Erblindung angeblich infolge einer Retinitis luetica. Nach einem Jahre unter Quecksilber-Jodbehandlung allmähliche Besserung, die schließlich wieder zu fast normaler Sehschärfe führte. Mit 17 Jahren Blinddarmoperation. Bald darauf Periostitis luetica mit heftigsten Schmerzen in den beiden Unterarmen und Beinen. Wieder Quecksilberkur und Kur in Aachen, ohne Erfolg betreffs der Schmerzen. Dann Kur bei einem Dermatologen mit Zittmanndekokt, Arsen- und Sublimatinjektionen, ohne Erfolg. Kur in Steeben. Darauf Salvarsankur, Adrenalininjektionen, nachher noch einmal Salvarsan und Quecksilber. Danach Besserung der Schmerzen. Wassermann war in einer Reihe von Untersuchungen während mehrerer Jahre positiv. Sonstige klinische Symptome von Lues (außer Periostitis) waren schon längere Zeit vor meiner Behandlung nicht mehr vorhanden.

Als die Patientin bei mir in Behandlung trat, war sie bei einer großen Zahl von Ärzten gewesen, hatte außer den genannten Kuren zahlreiche Sanatorien besucht und befand sich in einem hochgradig abgemagerten, stark chlorotischen und anämischen Zustande (Hämoglobin 50, Erythrozyten 2,5 Millionen). Die Schmerzen in Schultern, Schienbeinen und Unterarmen bestanden noch fort; zu irgend einer Tätigkeit war sie nicht fähig. Wassermann war noch positiv; enorme Steigerung der Sehnenreflexe; sonst organisch am Nervensystem nichts Besonderes, psychisch stark deprimiert, an Heilungsmöglichkeit völlig verzweifelnd. Mit Rücksicht auf die zahlreichen erfolglosen Kuren wandte ich außer einigen einfachen Wasserprozeduren und gelegentlicher allgemeiner Diathermie absichtlich nur eine psychische Behandlung an, bestehend in vorsichtiger Psychoanalyse mit gleichzeitiger Willenstherapie. Die Analyse ergab — nur in gröbsten Umrissen angedeutet —, daß sie, kurz nachdem sie ihre Erblindung überwunden hatte, durch Lektüre eines Lexikons und unvorsichtige Äußerungen von Verwandten dahintergekommen war, daß ihr Vater Lues gehabt hatte und sie erblich durch ihn belastet sei. Dadurch plötzlicher Haß gegen den früher vergötterten Vater, der sie allerdings schon vorher durch die Eingehung einer zweiten Ehe mit einer ihr sehr unsympathischen Frau schwer gekränkt hatte. Im Anschluß daran absolute Abwehr gegen alles Männliche und alles Erotische. Sie gestattete sich von da an keine irgendwie bewußten Empfindungen erotischer Art, wobei auch der Gedanke, luetisch infek-

tiös zu sein, als Hemmung wirkte. Dem Versuch, ihr zu zeigen, daß aus zahlreichen unbewußten Äußerungen ihrerseits ganz normale erotische und mütterliche Wünsche als in ihr vorhanden nachzuweisen seien, setzte sie anfangs die heftigsten, durch akute Steigerung aller Krankheitssymptome zum Ausdruck gebrachten Widerstände entgegen. Die schon immer sehr schwachen und oft monatelang aussetzenden Menses hörten jetzt vollkommen auf, nachdem ich ihr die Bedeutung derselben auf ihre Bitte klar gemacht hatte; sie magerte noch weiter erheblich ab. Es trat ein Gefühl hochgradiger Spannung im Leib auf, dem objektiv eine trommelartige Auftreibung entsprach.

Nach etwa 8monatiger Behandlung, in deren Verlauf sich auch eine Reihe schwer schädigender Kindheitserinnerungen herausstellte, ließ der Widerstand gegen eine natürlichere Auffassung des Lebens allmählich nach, sie begann sich auf eine regelmäßige Tätigkeit zu verlegen, die Stimmung wurde frischer, das Gewicht nahm um 20 Pfund zu, obwohl sie noch wenig aß und fast nur von Vegetabilien lebte, der Hämoglobingehalt stieg allmählich auf 80, die Zahl der roten Blutkörperchen auf 3,8 Millionen, das Aussehen wurde blühend wie nie vorher und sie leistete nach zwei weiteren Monaten die Arbeit von zwei Buchhaltern ihres Geschäftes, die inzwischen eingezogen worden waren. Die Schmerzen verschwanden vollkommen. Im Verlaufe des für einen solch schweren Fall verhältnismäßig kurzen Zeitraums von nicht ganz ¾ Jahren war also eine völlige psycho-physische Veränderung mit dem Mädchen vor sich gegangen. Das Merkwürdigste aber war, daß, als die Kranke ihre Hemmungen gegenüber dem Leben im ganzen und ihr Entsetzen über die Fragen der Fortpflanzung aufgegeben hatte, die Menses wieder einsetzten, jetzt in normaler Stärke und regelmäßigen 4wöchigen Pausen, und daß die Brüste, die, auch als sie längst wieder normales Gewicht bekommen hatte, noch ganz infantil waren, im 5. Monat der Behandlung anfingen, sich zu entwickeln, und zwar nahm zuerst die linke Brust innerhalb einiger Wochen ganz normale Form und Stärke an, und erst nach einigen weiteren Wochen folgte die rechte Brust. Letztere entwickelte sich indessen nicht bis zu der Stärke der linken. Diese Aufeinanderfolge der Entwicklung der linken und rechten Brust ist für die Tatsache der Beeinflussung des ganzen Vorgangs vom Gehirn aus, d. h. durch Ausschaltung gewisser Hemmungen, besonders wichtig, da es doch sehr merkwürdig wäre, wenn die Hormone auf rein chemischem, direktem Wege die eine Seite zeitlich und quantitativ bevorzugten! Ein Analogon findet diese Beobachtung in den Halbseitenzwittern, von denen Nußbaum mit Recht sagt, daß sie den Einfluß des Nervensystems auf die Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere beweisen. Die Genitalorgane der Kranken, die vor Beginn der Behandlung von gynäkologischer Seite als ausgesprochen infantil bezeichnet worden waren, wurden nach Beendigung der Behandlung als normal befunden, wobei ich mir natürlich klar darüber bin, daß für solche Untersuchungen exakte Vergleichsmöglichkeiten fehlen. Wichtig für das Problem der inneren Sekretion ist weiter, daß gleichzeitig mit den genannten Veränderungen eine deutliche Vergrößerung der Schilddrüse festzustellen war, was bekanntlich bei Mädchen in der Pubertät sehr häufig ist, und daß die auffallende Behaarung, die die Patientin zu Beginn der Behandlung am Kinn zeigte, verschwand.

Die psychologischen Einzelheiten des Falles kann ich leider aus Diskretionsgründen nicht genauer bringen; aber die besprochenen körperlichen Veränderungen schlossen sich mit einer solch einleuchtenden Klarheit an die Aufhebung der einzelnen inneren Hemmungen an, daß der Ver-

lauf nicht anders gedeutet werden kann als so: Bei einem durch hereditäre Lues ohnedies in der körperlichen Entwicklung zurückgebliebenen Weibe wird durch eine Reihe starker Affektwirkungen in der Pubertätszeit eine vom Kortex (Psyche) aus bedingte Hemmung der Pubertätsentwicklung geschaffen, die 10 Jahre anhält und erst aufhört, als die Affekte durch Aufdeckung der Ursachen und durch Aufklärung für das Individuum überwindbar geworden waren; von diesem Augenblick an wurde die Pubertätsentwicklung innerhalb einiger Monate nachgeholt.

Es ist nach den mitgeteilten Beobachtungen wohl keine Frage, daß dabei als vermittelndes Zwischenglied hormonale Einflüsse eine sehr große Rolle gespielt haben. Aber es läßt sich für solche Fälle doch offenbar nicht bestreiten, daß hier die psychischen, kortikalen Einflüsse die primären sind, die dann die endokrine Drüsentätigkeit erst aktivieren bzw. bisherige Hemmungen derselben ausschalten. In welcher Weise dabei kortikale und subkortikale Zentren, welch letztere ja bei der ganzen Frage der Einwirkung psychischer Vorgänge auf physische eine Hauptrolle spielen, zusammenarbeiten, darüber ist natürlich aus solchen Beobachtungen zunächst nichts zu erfahren; nur daß die kortikalen Vorgänge die Anregung geben müssen, steht fest, und das ist bei der Neigung vieler experimentell am Tier arbeitenden Forscher, die kortikalen Vorgänge als unwesentlich auszuschalten, von Wichtigkeit. Dabei möchte ich ausdrücklich betonen, daß hier „psychisch" durchaus nicht gleichbedeutend ist mit „suggestiv", daß vielmehr in solchen Fällen gerade der Eintritt psychophysischer Wirkungen ohne jede Suggestion, ja ohne die Möglichkeit einer solchen (da die tatsächlichen Wirkungen ja gar nicht in der Absicht des Arztes liegen konnten) das Frappierende und die Gesetzmäßigkeit der psychophysischen Wechselwirkungen Beweisende ist: Die Patienten erleben Dinge, bzw. es werden Erlebnisse mit ihnen besprochen, die irgend eine psychische Hemmung aufheben oder eine psychische Anregung geben und so die hormonalen Vorgänge frei machen. Letztere lassen dann körperliche Wirkungen entstehen, mit denen man überhaupt nicht gerechnet hatte und die nun ihrerseits wieder auf die psychischen Vorgänge zurückwirken. Dafür einige weitere Beispiele.

In den letzten Jahren habe ich bei einer konsequenten analytisch-synthetischen Übungsbehandlung immer wieder, wie auch im obigen Falle, die Erfahrung gemacht, daß bei jüngeren weiblichen Individuen, die stark chlorotisch waren und die erfolglos mit den verschiedensten Eisen- und Arsenpräparaten, mit Diät- und klimatischen Kuren und allerlei physikalischen Maßnahmen traktiert worden waren, im Verlaufe der Besserung des psychischen Zustandes allmählich auch die Chlorose[1]) spontan

[1]) Man hat sich in letzter Zeit vielfach den Kopf darüber zerbrochen, warum die Chlorose überhaupt seit kurzem viel seltener und weniger hartnäckig geworden ist. Es würde sich, ehe man zur Annahme hochkomplizierter

spurlos verschwand. Wenn man sich erinnert, daß Morawitz, Blondel, Kottmann u. a. die Ursache der Blutveränderung bei der Chlorose in einer Störung der Wechselbeziehungen der innersekretorischen Organe, speziell der Thymusdrüse und der Ovarien, suchen und daß man bei solchen Mädchen besonders oft Schilddrüsenvergrößerungen findet, so wird man neben den selbstverständlich vorhandenen direkten Wirkungen einer psychischen Entlastung auf die gesamten Abläufe im Nervenapparat und auf die dadurch gegebenen direkten Beeinflussungen der entsprechenden Organe doch auch der Beeinflussung endokriner Drüsen und den daraus folgenden Hormonwirkungen eine große Bedeutung zuzuschreiben haben. Die entgegengesetzte Wirkung starker psychischer Hemmung, wie man sie in schweren Depressionszuständen findet, nämlich die oft rapide Abmagerung und hartnäckige Obstipation, entsteht zweifellos ebenfalls auf demselben komplizierten Wege.

Ein anderes Gebiet, das die Bedeutung psychischer Einflüsse auf die innere Sekretion klar zutage treten läßt, sind die Menstruationsstörungen. Vor allem instruktiv sind die Fälle schwerster Menorrhagien, die zum Teil gynäkologisch vielfach, aber ohne Erfolg vorbehandelt waren und die erst durch Aufdeckung der dabei tätigen psychischen Mechanismen, manchmal auch durch Hypnose, zum Verschwinden gebracht wurden. Umgekehrt erlebt man es nicht selten, daß während einer psychischen Behandlung in einer geradezu gesetzmäßigen Weise, sobald man mit der Analyse bis zu einem gewissen Punkte vorgedrungen ist, plötzlich die Menstruation, die vorher, unter Umständen jahrelang, aufgehört hatte, wieder einsetzt, oder aber daß der vorher vorhanden gewesene Menstruationstypus eine Änderung erfährt. Noch häufiger pflegen unregelmäßige oder sehr schmerzhafte Menses während einer solchen Behandlung zur Norm zurückzukehren, auch dann, wenn man dieselbe wegen ganz anderer Symptome angefangen hatte.

Das mit dem Aussetzen bzw. Wiederauftreten der Regel gleichzeitige Ab- und Anschwellen der Schilddrüse legt auch für solche Fälle die Annahme außerordentlich nahe, daß außer dem direkten Nerveneinfluß auf das Genitale vom Gehirn aus eine Beeinflussung der innersekretorischen Gewebe eine wichtige Rolle spielt. Eine Parallele dazu ist die Tatsache, daß gerade im Klimakterium einerseits sicher nur durch den Wegfall der Keimdrüsen bedingte Störungen der Menstruation und anderer Körperfunktionen auftreten, andererseits aber ebenso sicher vom Gehirn aus bedingte Störungen sich einstellen: ein Ineinanderwirken neuraler und hormonaler Faktoren ist eben für diese Zeit besonders charakteristisch. Dabei

---

und unbeweisbarer körperlicher Begründungen greift, doch empfehlen, sich einmal zu fragen, inwieweit denn die ganz andersartigen heutigen psychophysischen Lebensumstände der meisten jungen Mädchen daran beteiligt sind.

wäre wieder zu betonen, daß die ersteren gegenüber den letzteren im allgemeinen viel zu wenig berücksichtigt werden.

In der letzten Zeit habe ich bei Patienten, die ich wegen allgemein nervöser Zustände in Behandlung bekam, die übereinstimmende Erfahrung gemacht, daß sie, nachdem sie im ganzen wiederhergestellt waren, nicht nur eine günstige Beeinflussung der vorher erheblich gestörten Menstruation zeigten, sondern auch bald darauf wieder bzw. zum ersten Male konzipierten. Bei der einen war die Konzeption während der Ehe 13 Jahre lang ausgeblieben, bei zwei anderen war die erste Konzeption sofort nach der Hochzeit erfolgt, von da an aber war in einem Falle 6, im anderen 8 Jahre lang keine mehr eingetreten, trotzdem sie sich beide stark nach Kindern sehnten. In einem vierten Falle war ein gesundes Kind vorhanden, dann folgten drei Aborte ohne jede äußerlich nachzuweisende Veranlassung. Diese Beobachtungen legen uns die Frage nahe — die ich vorläufig nur als Frage aufwerfe, weil ich mir der außerordentlichen Kompliziertheit der Verhältnisse natürlich klar bewußt bin —, ob nicht auch bei der Befruchtung und beim Abort hormonale, vom Gehirn aus beeinflußte Vorgänge eine größere Rolle spielen, als wir bisher angenommen haben. Vgl. darüber und über die sonstigen, auf diesem Gebiete zu beachtenden Faktoren die Arbeit von Sellheim (Befruchtung, Unfruchtbarkeit und Unfruchtbarkeitsbehandlung. D. m. W., 1924, Nr. 42 und 43).

Das unstillbare Erbrechen der Schwangeren ist ja in neuerer Zeit ebenfalls auf Störungen des hormonalen Gleichgewichts, speziell auf Alterationen der Epithelkörperchen, der Schilddrüse, der Nebenniere, des Pankreas zurückgeführt worden. Daß es, wie bekannt, sehr oft psychischen Einflüssen zugänglich ist, läßt sich einfach erklären, wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Verarbeitung chemischer Reize seitens des Gehirns die Größe der Wirkung dieser Reize in weitgehendem Maße bestimmt. Gelingt es, die abnorme Reizverarbeitung seitens des Zentralorgans auszuschalten, so wird dadurch auch eine Wiederherstellung des hormonalen Gleichgewichts rascher ermöglicht werden, als wenn man sich nur auf körperliche Maßnahmen, die bei unseren gegenwärtig noch äußerst lückenhaften Kenntnissen auf diesem Gebiete keinen richtigen Anhaltspunkt finden können, beschränkt. Gerade die Heilung schwerster Fälle dieser Art auf dem Wege einer systematischen Psychotherapie ist ein ganz klarer Beweis für die Wirksamkeit kortikaler, psychischer Einflüsse auf die innere Sekretion.

Ähnliche Überlegungen betreffs der Zusammenarbeit zentraler und hormonaler Faktoren lassen es auch begreiflich erscheinen, daß in nicht wenigen Fällen von Diabetes mellitus und insipidus psychische Faktoren stärkste Änderungen hervorbringen können.

So ist es mir in einem Falle von Glykosurie, der von verschiedenen Autoritäten als voll ausgebildeter Diabetes mellitus angesehen worden war, möglich gewesen, durch Hypnose die Zuckerausscheidung verschwinden und wiederauftreten zu lassen, und zwar in einer so eindeutigen Weise, daß man den Fall geradezu als ein Experiment bezeichnen kann. Die Erkrankung hatte anfangs jeder Diätbehandlung getrotzt, bis ich dem Kranken eines Tages vorschlug, ihm auf hypnotischem Wege seine große Affekterregbarkeit namentlich bestimmten Menschen seiner Umgebung gegenüber zu nehmen. Schon das nächste Mal war er zuckerfrei. Als ihm dann in der Hypnose gesagt wurde, er werde sich nächster Tage noch einmal diesen Menschen gegenüber erregen, hatte er bei der folgenden Untersuchung 2½% Zucker. Diesen Versuch habe ich im ganzen viermal wiederholt, immer mit demselben Erfolg. Der Mann ist seither 4 Jahre zuckerfrei geblieben, selbstverständlich unter gleichzeitiger Einhaltung einer entsprechend vorsichtigen Diät, die aber keine sehr strenge zu sein braucht, während vorher selbst die strengste keinen Erfolg gehabt hatte.

Die affektive Glykosurie ist ja bekannt und im Kriege z. B. bei Fliegern beobachtet. Die neueren Untersuchungen lassen es so gut wie sicher erscheinen, daß ihr Mechanismus derselbe ist, wie der beim Zuckerstich, d. h. die Erregung der Nebennierenfunktion vom Gehirn aus über den Sympathikus führt zu einer vermehrten Ausschüttung von Adrenalin, und durch letzteres wird die Mobilisierung des Leberglykogens in Zucker, dadurch Hyperglykämie und als deren Folge Zuckerausscheidung bewirkt. Wenn auch beim echten Diabetes die Vorgänge andere sind, so ist nach dem Obigen kein Zweifel, daß die dabei in Tätigkeit tretenden innersekretorischen Vorgänge in ähnlicher Weise vom Gehirn aus beeinflußt werden können wie bei der affektiven Glykosurie. Sogar für die Entstehung der Azetonurie wird diesem Faktor von manchen Seiten eine gewisse Wichtigkeit beigemessen.

Ob es sich beim Wiederhervorrufen der gestörten Milchsekretion durch Psychotherapie, die mir wiederholt gelungen ist, wenn die Störung selbst psychisch bedingt gewesen war, auch um die Aktivierung gestörter hormonaler Vorgänge handelt, oder ob dabei die direkte nervöse Komponente die Hauptsache ist, lasse ich dahingestellt, obwohl mir das erstere wahrscheinlicher ist. Dagegen liegt die Annahme dieses Weges über die endokrine Drüsentätigkeit sehr nahe in den Fällen hartnäckigster Verstopfung, die, nachdem sie weder auf chemische noch auf physikalische Reize irgendwie reagiert hatte, im Verlaufe einer psychischen Behandlung spontan verschwanden, ohne daß die Verstopfung selbst mit einem Worte erwähnt, geschweige denn selbst behandelt worden war. Wenn mit der Aufhebung psychischer Gleichgewichtsstörungen und Hemmungen auch dieses körperliche Hemmungssymptom aufhört, ohne daß vorher davon die Rede war, ja, ohne daß ich, wie in mehreren Fällen, vorher überhaupt etwas davon wußte, so ist die Annahme einer Beeinflussung der Darmtätigkeit auf dem direkten Nervenwege entschieden weniger plausibel als die auf dem indirekten über Hormonaktivierung.

Dasselbe gilt meines Erachtens auch von einer Reihe anderer Erkrankungen, über deren Entstehungsweise heute noch mancherlei Differenzen bestehen, z. B. von gewissen Hyper- und Hyposekretionsformen der Magen-, Darm- und Lebertätigkeit, vom Asthma bronchiale und namentlich auch vom Basedow. Sie alle sind ja psychischer Behandlung in weitgehendstem Maße zugänglich. Was speziell den Basedow betrifft, so hat außer Kohnstamm und mir in neuester Zeit auch Moos von der inneren Klinik in Gießen gezeigt, daß man diese Krankheit auf rein psychischem Wege restlos beseitigen kann. Dabei spricht gerade die ebenfalls nicht zu bezweifelnde Tatsache des Erfolges einer chirurgischen und Röntgenbehandlung des Basedow für die mächtige Wirkung, die vom Gehirn aus auf die Tätigkeit der Schilddrüse bzw. ihrer Antagonisten ausgeübt werden kann; denn die psychische Behandlung leistet hier dasselbe wie ein grober anatomischer Eingriff, nur greift sie vom anderen Ende der Kausalkette aus an.

Endlich sei noch der Fälle von Homosexualität gedacht, die unter konsequenter Psychotherapie zur Norm zurückkehren. Auch bei ihnen erweist sich der Weg Gehirn — Änderung im Ablauf der hormonalen Vorgänge — erneute Beeinflussung des Gehirns durch die letzteren als wirksam, und auch da sind wieder die Wirkungen besonders beweisend, die auftreten, ohne daß sie vom Arzt oder Kranken beabsichtigt gewesen sein können, so z. B. wenn mich ein Patient, nachdem er durch Wegnahme von allerlei, die normale Entwicklung hemmendem Erinnerungs- und Affektmaterial wieder normal sexuell geworden war, eines Tages fragt, wie es komme, daß sein Bart weit stärker wachse als je in seinem Leben, wenn also auf offenbar neuro-hormonalem Wege eine Anregung zur Bildung eines sekundären Geschlechtsmerkmals erfolgt, ohne daß der Patient eine Ahnung von den Zusammenhängen hat.

Beobachtungen wie die obigen, die aus einem sehr großen Material herausgegriffen sind, und denen sich übrigens solche von therapeutisch ähnlich vorgehenden Kollegen in beliebiger Zahl anreihen ließen, scheinen mir wichtig genug, um sie weiterer Nachprüfung namentlich auch seitens der Kliniken zu empfehlen. Eine wissenschaftlich betriebene psychologische Analyse, eventuell auch eine vernünftige und sachliche Heranziehung der Hypnose mit genauen klinischen Untersuchungen könnte uns zweifellos beim Menschen in diesen Problemen der inneren Sekretion, speziell in der Frage der Beziehungen zwischen Gehirn und endokriner Drüsentätigkeit in mancher Hinsicht ebenso wertvolle, ja wertvollere Dienste leisten als das Tierexperiment, das doch immer den großen Nachteil hat, an einem künstlich veränderten, andersartigen oder psychisch nicht vergleichbaren Organismus zu arbeiten, also unter Verhältnissen, die denen beim Menschen durchaus nicht ohne weiteres gleichzusetzen sind.

Meine bisherigen Beobachtungen haben es mir so gut wie sicher gemacht, daß die Ausschüttung der Hormone und die dadurch gesetzte Anregung bzw. Hemmung der verschiedensten Organfunktionen in einer großen Zahl von Fällen nicht auf direkt chemischem, sondern auf einem durch Vermittlung des Zentralnervensystems, vor allem auch des Gehirns gehenden Wege geschieht. Dabei ist natürlich zu bedenken, wie ungeheuer kompliziert diese Vorgänge dadurch werden, daß sie immer das Endresultat eines Zusammenspiels zahlreicher endokriner Drüsen sind und daß dauernd Wechselwirkungen zwischen diesen und nervösen Faktoren stattfinden. Aber ursprünglich psychische Wirkungen auf die innere Sekretion sind in einer viel größeren Zahl von Fällen vorhanden, als von den meist rein chemisch gerichteten Stoffwechselpathologen zugegeben wird, und wir müssen das im Interesse der Sache hervorheben, gerade weil es von der anderen Seite in den Hintergrund geschoben wird. Wir haben als wissenschaftlich denkende Ärzte auch aus therapeutischen Gründen alle Ursache, diesen Dingen genauer nachzugehen, sofern wir erstens als kritische Menschen der manchmal fast unglaublichen Kritiklosigkeit einer sogenannten Substitutionstherapie entgegentreten müssen, die unter dem Deckmantel besonders tiefgründiger Wissenschaftlichkeit die nächstliegenden Faktoren, nämlich die psychischen, in der Beurteilung ihrer sogenannten Erfolge so gut wie ganz vernachlässigt. Zweitens aber winken uns bei Beachtung der Beziehungen zwischen Gehirn und endokriner Drüsentätigkeit große und dauernde Erfolge auf einem in seiner Bedeutung kaum zu übersehenden Gebiet.

Was Infektionskrankheiten betrifft, so wird man gut tun, sich dabei auch noch einmal an die früher besprochenen Untersuchungen über die Blutverschiebungen im Organismus zu erinnern. Wenn die freudige Stimmung (und dann natürlich auch diese Stimmung befördernde und mit ihr assoziativ zusammenhängende Eindrücke, Bewegungen usw.) eine für den Ablauf der Organfunktion günstige, die traurige Stimmung dagegen eine ungünstige Blutverteilung mit sich bringt, so werden auch Infektionskeime und entzündliche Vorgänge je nachdem bald einen gut, bald einen schlecht vorbereiteten Boden finden. In ähnlichem Sinne werden auch hormonale Einflüsse und deren Abhängigkeit vom Gehirn wirken. So wird die alte Vorstellung Hufelands und anderer großer Ärzte der Vergangenheit, daß der Wille oder sonstige psychische Faktoren auch Infektionskrankheiten zu beeinflussen vermöchten, nicht mehr ganz so sinnlos erscheinen, wie das bei einer nur naturwissenschaftlich gerichteten Denkweise vor kurzem noch der Fall war. Oder glaubt man etwa, daß die Bindung der Antigene, die Vermehrung der sessilen Rezeptoren, die Abstoßung der Rezeptoren in Form von Antikörpern und wie man sich diese Vorgänge bildlich alle vorstellen mag, mit dem Nervensystem in keinerlei Beziehung stehen sollte? Nach allem Bisherigen ist das schwer

zu glauben. Dafür, daß der Abwehrwille und andere psychische Prozesse auch die Abwehrvorgänge beeinflussen, haben wir ja praktische Beispiele genug, so die Tatsache, daß energische Menschen, Truppen in begeisterter Stimmung und in stärkster sonstiger Erregung befindliche Armeeverbände, ferner unter lebhaftester Ablenkung arbeitende Persönlichkeiten Infektionserkrankungen weniger leicht verfallen als andere. Man kann in dieser Hinsicht auch darauf hinweisen, daß Ärzte während Epidemien auffallend viel seltener schwer erkranken als Laien. Wenn dabei natürlich auch der Umstand, daß sie sich besser zu schützen vermögen, mitwirkt, so ist doch nicht von der Hand zu weisen, daß der starke Wunsch, gerade in solchen Zeiten gesund zu bleiben, sein Teil dazu beiträgt.

Gelegentlich einer statistischen Arbeit über Infektionskrankheiten in Anstalten für Geisteskranke (217) ist es mir aufgefallen, daß namentlich Erkältungskrankheiten, insbesondere bei erregten Kranken, auffallend viel seltener beobachtet werden als bei Geistesgesunden. Die enorme Ablenkung durch seelische Vorgänge spielt dabei offenbar stark mit herein. Auf der anderen Seite zeigen gerade diejenigen Störungen, die mit einer wesentlichen Verminderung der Lebensenergie, einer Hemmung des Denkprozesses und zu gleicher Zeit mit einer Verlangsamung und Änderung des Stoffwechsels einhergehen, wie die Melancholie und die Depressionszustände überhaupt, eine besondere Anfälligkeit auch für körperliche Erkrankungen. Dabei sind wohl einerseits gewisse Änderungen im Verhalten der endokrinen Drüsen, andererseits sicher aber auch die nicht mehr funktionierenden psychischen Abwehrtendenzen gegen die Erkrankung mitbeteiligt.

Bleuler (20) spricht sich in seiner glänzenden, unseren Gegenstand behandelnden Arbeit ebenfalls dahin aus, daß möglicherweise auch eine Infektionskrankheit durch den Willen unterdrückt werden könnte, weil die Produktion der chemischen Waffen gegen die Mikroben psychisch beeinflußbar sei, so daß die Redensart, man werde nicht krank, wenn man nicht wolle, vielleicht auch außerhalb der Neurosen eine gewisse Gültigkeit habe. Natürlich erwartet auch er ein solches Resultat gegenüber einer starken Infektion nicht, ist aber der Ansicht, daß, wo der Erfolg des Abwehrkampfes im Organismus, organisch betrachtet, ein zweifelhafter ist, die Psyche den Ausschlag geben könnte. In der Diskussion zu Bleulers Vortrag erwähnte Feer eine Beobachtung, die er in der ersten Influenzaepidemie oft machte: daß die ganze Familie im Bett lag mit Ausnahme der Hausmutter, die nicht Zeit hatte, krank zu sein. Er machte ferner auf die Säuglinge aufmerksam, die bei einer bestimmten sonst einwandfreien Pflegerin einfach nicht gedeihen können. Bleuler erwähnt auch die Fälle, wo Todkranke sich noch am Leben halten, bis ein bestimmtes Ereignis eingetreten und eine Aufgabe erfüllt ist und das auffallend häufige, fast gleichzeitige Sterben von älteren Ehepaaren. Solche Fälle deuten doch darauf hin, daß dabei nicht einfach ein einfaches Aufhören, sondern ein aktives Ein-

stellen der Lebensfunktion, ein sich Aufgeben, das Entscheidende sei. Der häufig rasche Verfall älterer Leute, die ihre Beschäftigung verlassen, um sich zur Ruhe zu setzen, beruht teils auf einem solchen Sichaufgeben, teils auf dem Verluste der gewohnten Antriebe und Assoziationen. Überhaupt, meint Bleuler, ist die in gewissem Sinne größere Neigung zu Erkrankungen beim Menschen gegenüber dem Tiere nicht nur den Kultureinflüssen, der Domestizierung, der gestörten Zuchtwahl und dem Umstand, daß wir an Orten leben wollen, an die wir nicht angepaßt sind, zuzuschreiben, sondern der unbefugten Einmischung der Psyche in die physiologischen Vorgänge.

Über die Bedeutung einer intensiveren Berücksichtigung psychischer Faktoren bei der akuten Lungenentzündung hat Charles Widmer (300) in einer anregenden Arbeit berichtet. Anläßlich eines Brandes im Gebirge waren in einem Ort acht bei der Löscharbeit tätig gewesene Männer an äußerst schwerer Lungenentzündung erkrankt. Aus äußerer Notwendigkeit heraus mußte er, um die Patienten, die gegen Abend immer starke Delirium- und Erregungszustände bekamen, gegen diese zu schützen, durch Ankleiden und Außerbettbringen zu helfen versuchen. Zu seinem Erstaunen blieben aber nicht nur die Delirien aus, sondern auch das Fieber und die Lungenerscheinungen waren wesentlich geringer, und alle Fälle kamen durch. Er fand auch sonst bei seinen in den Bergen beobachteten Pneumoniefällen eine Reihe von ihm charakteristisch erscheinenden Merkmalen, die er geneigt ist vielen Pneumonien überhaupt zuzusprechen, nämlich 1. eine lokal und zeitlich auffallende, bis ins Kleinste übereinstimmende Art der Pneumonien mit vollständiger Emanzipation von der bakteriologischen Spezifität, 2. das seltene Fehlen von Vorläufersymptomen der psychischen Sphäre, von Schock, Trauma, psychischen Konflikten, die später dann auf der Höhe der Krankheit mit Hartnäckigkeit wiederkehren. Es ist ihm aufgefallen, wie oft man als Arzt den ersten Schüttelfrost mit zu erleben Gelegenheit hat. 3. Das Wichtigste erscheint ihm das Durchgehen einer psychischen Obernote durch die ganze Krankheit und die enge Parallelität dieser geistigen Verfassung mit den für den Arzt wichtigen Phasen der Krankheit, den Verschlimmerungen, den Remissionen, der Krise usw. Schon wenn der Patient noch bei klarem Bewußtsein zu sein scheint, findet man meist einen zunehmenden psychischen Defekt, der sich auf die grundlegende Erinnerungssphäre in bestimmter Ausdehnung erstreckt: der Kranke ist über alles orientiert, hilft selbst bei der Behandlung mit, will aber auf einmal aufstehen, oder will sich das Kissen wegnehmen lassen, weil er es für etwas anderes hält. Erst die Häufung dieser Ausfälle lassen dann den deliranten Zustand stärker hervortreten; aber auch hier gehen Klarheit und Halluzinationen häufig nebeneinander her. Die Störung betrifft nach seiner Ansicht durchweg nur die grundlegenden Bewußtseinsqualitäten, also die mit Ort- und Zeit-

begriffen zusammenhängenden Fundamente unseres täglichen Handelns und Denkens. Dagegen ist das oberflächliche, neue, heutige und gestrige frische Erleben ungestört. Der Kranke will also zum Bett hinaus, weil er sich an einem anderen Orte glaubt, da ihm die gewohnten, Lage, Ort, Gegenwart fixierenden Mitteilungen nicht zugekommen sind; dagegen erkennt er zu gleicher Zeit Ärzte und andere Personen seiner Umgebung richtig. Die Delirien bei den Pneumonien lassen sich daher, meint Widmer, prinzipiell von den Erschöpfungsdelirien unterscheiden. Bei den letzteren fange der Ausfall beim zufälligen, oberflächlichen, lose haftenden Inhalte an, wogegen die tiefer liegenden Fundamente, wie Lage, Folge, Rhythmus, intakt bleiben. Bei der Lungenentzündung ist genau das Umgekehrte der Fall. Das Auftreten und der Verlauf solcher Delirien bei der Pneumonie läßt sich direkt diagnostisch, aber auch therapeutisch verwerten. Besonders wird die Therapie durch genaue Beobachtung der Bewußtseinsstörung manche wichtige und rechtzeitige Fingerzeige erhalten, die Herz und Lunge nicht in diesem Maße geben. Da bei der Pneumonie ein schwerer Verlauf oder übler Ausgang sich meist in einer starken Abnahme des Blutdruckes äußere und in der Koordination der vitalen Funktionen die Psyche die Hauptrolle spiele, besonders auch beim Blutdruck, so müsse man sich fragen, ob nicht in Umkehrung unserer bisherigen Schulanschauung der Ausfall grundlegender psychischer Kategorien für die Herabsetzung des Blutdruckes verantwortlich gemacht werden müsse.

An 50 Fällen hat er diese therapeutische Schlußfolgerung zu ziehen versucht, und zwar, wie er glaubt, mit einem glänzenden Erfolg. Die Beeinflussung des Bewußtseins auf direktem Wege ist mühsam und beim Deliranten namentlich meist fruchtlos, dagegen die unbewußte ganz anders möglich, wenn wir dem Organismus bzw. seiner Psyche die verlorenen Reizimpulse wieder zuführen, die er zur Ordnung seiner vitalen Funktionen nötig hat und die unbewußt das Individuum über die stetig wechselnden Bedingungen und Zustände seiner Außenwelt auf dem Laufenden halten.

Für die Vitalreaktion sei das eigentliche Bewußtsein ein relativ unwesentlicher Faktor, da der „Reflexbogen" für die weitaus größte Zahl der Lebensvorgänge nicht über die graue Rinde gehe und die Verbindung mit dieser durchaus fakultativ sei. Das Unterbewußtsein aber, das die für die Vitalreaktionen allein maßgebenden Determinanten sammelt, ist uns nur eben in diesen fakultativen Mitteilungen zugänglich, d. h. sie gehen über den Bereich unserer spezifischen Sinnesenergien kaum hinaus. „Die Analyse ergibt aber, daß das Unterbewußtsein gerade zum geringsten Teile von diesen Sinnesenergien gespeist wird und daß unsere eigentlich wichtigste und brauchbarste Lebenserfahrung auf jenen diffusen Sinnesqualitäten ruht, deren Definition heute großenteils sowohl Physiologie als Psychologie ablehnen. Das komplexe psychische Symptom, das wir heute höchst

vag mit Lust- und Unlustgefühl ansprechen, ist so in erster Linie eine Affektion dieser diffusen Sinnessphäre resp. der auf ihrer Tätigkeit sich aufbauenden elementarsten Vorstellungen, als da namentlich sind: Lage und Stellung, Niveau- und Distanzverhältnisse, Raumausdehnung, Raumverteilung, Raumverfügbarkeit, Rhythmus und Zahl, resp. deren Funktion: Bewegung und Widerstand."

Sobald im Verlauf einer Krankheit sich Bewußtseinsstörungen zeigen, muß man demnach das nicht bloß als eine drohende Gefahr registrieren, sondern den Bewußtseinsausfall zu ergänzen versuchen. Wenn oberflächliche, für jede elementare Lebenserfahrung unwichtige Vorstellungen zeitweise verloren gehen, wie bei der Ermüdung, so hat das für die Organtätigkeit sehr viel weniger zu bedeuten, als wenn Grundvorstellungen und Gefühle, auf denen sich unser seelisches Leben aufbaut, wegfallen. Die wichtigsten und unentbehrlichsten Lebensäußerungen sind nämlich vom Dasein dieser Art von Seelentätigkeit abhängig. Ihr Ausfall kann an sich schwere Folgen haben. Auf imperativen oder assoziativen Wegen gelingt es nun selten, oft gar nicht, den Bewußtseinsausfall zu ergänzen. Dagegen bringt, wie Widmer auf Grund seiner Erfahrungen glaubt, die Ausnützung des räumlichen Vorstellungsvermögens die vollkommene Verfügbarkeit über unsere grundlegenden Vorstellungen wieder.

Dadurch, daß der Patient außer Bett gebracht wird, „wandeln wir nämlich nicht nur die träge Schwerlinie der Ruhelage in einen mobilen Punkt um, sondern wir zwingen damit noch hunderte von hohen und niederen Reflexzentren, sich diesem labilen Gleichgewicht anzupassen". Nicht einmalige Lageveränderung, sondern ein paar Schritte oder rhythmische Bewegungen auf einem Schaukelstuhl, Ankleiden, eventuell Unterschenkel und Leib bandagieren ist wichtig, kurz möglichst viele Organe soll man auf diese Weise anzuregen versuchen. Widmer wendet sich gegen den Einwand, daß diese Methode brutal sei, mit der Bemerkung, daß sie nicht bloß bei 50 Patienten sich bewährt habe, sondern daß umgekehrt der Bettarrest mit seinen Angst- und Schwächesymptomen meistens eine Vergewaltigung sei. Darin steckt zweifellos etwas Richtiges, wie jeder an sich selbst beobachten kann, der sich einmal bei einer schweren Erkältung zu Bett legt und bei einer anderen versucht, sich aufrecht zu halten. Selbstverständlich ist das schwere Krankheitsgefühl vor und nach dem Schüttelfrost eine Nötigung zur Bettruhe. Aber die nach dieser Phase folgende Remission soll man zum Aufstehenlassen benutzen. Jedenfalls soll man nicht das Auftreten einiger Delirien erst abwarten, sondern schon leichte Bewußtseinstrübungen als Signal zum Aufstehenlassen benutzen. Subjektiv wird sich der Patient dabei wohler und freier fühlen. Außerdem wurde meist eine Fieberabnahme von $^1/_{10}$ Grad bis zu 2 Grad, eine Verminderung der Atmungsfrequenz und vor allem eine deutliche Blutdrucksteigerung gefunden. Es genügen 4—6 Stunden Aufsein pro Tag, um

den Patienten frisch zu erhalten. Mit der reicheren Zufuhr von Vorstellungsinhalt allgemeiner Art stelle sich auch ein normales Schlafbedürfnis wieder ein. Im normalen Schlaf hören die Delirien vollständig auf. Man könne die psychische Beeinflussung durch ein Halbbad oder kalte Abreibung mit nachfolgender Bandagierung der unteren Extremitäten ergänzen, wenn Lungenerscheinungen oder anderes zu vermehrtem Eingreifen auffordern. Alle diese Prozeduren, wie auch Senfteig- und Prießnitzumschläge, Schröpfköpfe und Eisbeutel seien im Grunde eine Mobilisation der Vitalreaktion auf psychischem Wege. Bad und Wickel für sich seien aber zu kurz dauernde Applikationen, bei denen der wachhaltende Reiz zu rasch abklinge.

Interessant ist endlich noch die Beobachtung Widmers, daß Handwerksburschen und sonstige vagabundierende Individuen, die eine Pneumonie bekommen, durch Bett und Pflege offensichtlich geschädigt werden, denn mit der Kampfreaktion gegen äußere Widerwärtigkeiten streiften sie ihre letzte Widerstandskraft ab.

Man kann natürlich gegen diese Ausführungen sowohl vom psychologischen wie auch vom physiologischen Standpunkte aus sehr viel einwenden. Aber das ist nicht zu bezweifeln, daß hier einmal an einem für die Praxis außerordentlich wichtigen Beispiel zum mindesten das eine gezeigt wird, wie enorm wichtig die Beachtung psychischer Faktoreen auch für Infektionskrankheiten ist und welch weite Perspektiven sich damit für eine entsprechende Behandlung eröffnen. Mir selbst ist es jedenfalls sehr häufig aufgefallen, daß bei infektiösen, fieberhaften Kranken (ganz besonders beim Typhus) durch einen Appell an die unterbewußten und automatisierten bzw. reflektorischen Instanzen des Menschen oft sehr viel deutlicher etwas zu erreichen ist als durch allerlei in ihrer Wirkung fragwürdige Medikamente.

Bei einer großen Anzahl von organischen Krankheiten kommt die Bedeutung des seelischen Faktors für die Allgemeinstörungen, vor allem für Schmerzen, Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit in Frage. So ist es bekannt, daß Operationen, auch bei an sich aussichtslosen Fällen, z. B. bei Magenkarzinom, nicht selten einen zeitweilig auffallend günstigen Einfluß haben, selbst dann, wenn anatomisch gar nichts dabei verändert wurde, also auch bei einer Probelaparotomie. Genau dasselbe kann man bei psychischer Einwirkung in solchen Fällen erleben, und zwar in einem Maße, daß es unter Umständen für den Kranken auf die Dauer verhängnisvoll sein kann, sofern dadurch eventuell die organische Erkrankung übersehen wird. Ich habe so in einer Reihe sicher diagnostizierter Fälle von Magen- und Darmkrebsen auf Wochen und Monate hinaus ganz beträchtliche Verbesserungen des allgemeinen Zustandes infolge psychotherapeutisch geschaffener Erhöhung des Appetits und zum Teil auch Verminderung der Beschwerden, der Schmerzen gesehen. Außerordentlich wirksam pflegt eine psychische Beeinflussung auch bei der Appetitlosigkeit

schwerer Anämien und schwer tuberkulöser Fälle zu sein. Eine solche Verbesserung der Eßlust kann in solchen Fällen geradezu lebensrettend wirken, wieder ein Beweis, wie töricht diejenigen Ärzte handeln, die psychische Faktoren als eine unwichtige Sache bei solchen Erkrankungen betrachten. Die große Herzerregbarkeit vieler Herzkranken ist bekannt. Auch hier vermag seelische Beeinflussung häufig sehr günstige Resultate zu erzielen. Die schweren Störungen, die nervöse Depressionen und Angstzustände organisch Kranker im Gefolge haben, weichen ebenfalls häufig trotz ihrer organischen Bedingtheit einer seelischen Behandlung in ausgezeichneter Weise. Über Schlaflosigkeit und Schmerz siehe weiter unten.

Daß wir häufig Schwerkranken durch eine vernünftig angewandte psychische Behandlung ihr Ende bedeutend erleichtern können, ist eine am Krankenbett immer wieder zu beobachtende Erfahrung, und sie sollte seitens der Ärzte, die Wert darauf legen, vor allem Mensch zu sein, nicht gering bewertet werden. Dazu gehört nun nicht etwa bloß eine rechtzeitig verabreichte Gabe Morphium, sondern viel mehr noch eine den psychischen Bedürfnissen des Kranken sich anpassende, seinen Mut und sein Vertrauen hebende Behandlung und ein Verhalten ihm gegenüber, das auch in der Mimik und sonstigen Ausdrucksbewegungen Ruhe und Zuversicht zur Schau trägt. In manchen Fällen wird es sich auch empfehlen, solchen Kranken, denen z. B. Morphium schlecht bekommt, die aber auf Hypnose ansprechen, im Dauerschlaf eine Erleichterung der letzten Tage zu geben. Daß wir Ärzte es von unserem Standpunkte aus nicht billigen können, solche Kranke, die oft ohnedies körperlich bedingte starke Angstzustände haben, noch mit allerlei schreckhaften Jenseitsvorstellungen zu traktieren und dadurch die Angst noch weiter zu steigern, brauche ich nicht besonders zu erwähnen. Eine große Zahl von Schwerkranken können durch falsch angebrachten sogenannten geistlichen Zuspruch (dessen Wert und Bedeutung ich sonst selbstverständlich nicht in Abrede stelle) und durch ängstliches Verhalten der Umgebung aufs schwerste geschädigt werden. Namentlich wirken auch bei halbbenommenen Kranken in diesem Zustand empfangene Eindrücke oft dauernd weiter in ihrem Leben in einem krankmachenden Sinne nach. Dafür haben uns ja u. a. die Untersuchungen Franks hinreichendes Material geliefert.

Einige Krankengeschichten, die in dem Sinne sprechen, daß organische Störungen durch psychische nicht nur „überlagert" werden können, sondern häufig, meiner Meinung nach immer, dadurch mitbedingt und vor allem mitunterhalten werden, seien im folgenden mitgeteilt. Das Verständnis der Einzelheiten setzt allerdings in den meisten dieser Fälle die Kenntnis psychoanalytischer Forschung voraus, so daß der Abschnitt über Psychoanalyse eigentlich vorher gelesen werden müßte.

Gelenkrheumatismus.

Fräulein M. R., 38jährige Beamtin, sucht mich wegen heftiger Schmerzen in den Finger-, Hand- und Kniegelenken auf. Diese bestehen seit einem akuten Gelenkrheumatismus, den sie 5 Jahre vorher durchgemacht hat. Objektiv findet sich eine geringe Schwellung der Fingergelenke, vor allem des Daumens, des Zeige- und Mittelfingers rechts und des Daumens und Zeigefingers links. Auch das rechte Handgelenk zeigt gegenüber dem linken eine mäßige Schwellung. Der rechte Mittelfinger kann aktiv im ersten Interphalangealgelenk gestreckt, aber nur passiv gebeugt werden. Bei Bewegungen sind auch die anderen Gelenke stark schmerzhaft. Organisch sonst am Körper nichts besonderes, vor allem auch nicht am Herzen. Die Analyse ergab, in gröbsten Umrissen mitgeteilt, folgendes: sie hatte eine sehr strenge Erziehung genossen, vor allem war ihr auch über das Verhältnis der Geschlechter nie etwas mitgeteilt und sie fern von Kameradinnen erzogen worden, so daß sie in dieser Beziehung bis in ihr 20. Jahr vollkommen unwissend blieb. Dann platonische Liebesaffäre mit einem jungen Mann, die aber aus äußeren Gründen wieder abgebrochen wurde und die sie offenbar nicht tiefer ergriffen hatte. An den Vater sehr stark gebunden, er hatte auch viel mit Rheumatismus zu tun. Lebt mit einer Freundin zusammen, die sie sehr liebt, von der sie aber auch dauernd durch tausenderlei Kleinigkeiten schikaniert wird, da diese Freundin sich offenbar auf allen möglichen Wegen immer wieder Liebesbeweise von ihr zu verschaffen sucht. Mit 32 Jahren tritt sie in Beziehung zu einem 20jährigen Studenten, den sie „rein mütterlich" liebt und der fortan die Rolle des Sohnes und des rein platonisch Geliebten gleichzeitig bei ihr spielt.

Die Gelenkstörungen setzten einige Monate nach Überwindung des akuten Gelenkrheumatismus ein, als sie eines Tages für diesen jungen Mann eine körperliche Arbeit geleistet hatte, bei der sie vor allem die Hände stark anstrengen mußte, und als dieser ihr erzählte, daß er ein sexuelles Verhältnis mit einem Mädchen angefangen habe. Ungefähr gleichzeitig hatte sie auch in ihrer Schule Unannehmlichkeiten dienstlicher Art und eine offenbar stark erotisch betonte Einstellung zu ihrem damaligen Direktor, der ihr einmal „ermahnend" seine Hand auf ihre rechte Hand gelegt und gesagt hatte, sie müsse sich mehr schonen. Es traf also hier eine äußerliche Anregung leicht erotischer Art, die von der Hand ausging, mit einer tatsächlichen besonderen Anstrengung der Hände und einer starken seelischen Erschütterung durch die Mitteilung des Freundes zusammen, um die ohnedies vom akuten Gelenkrheumatismus her bestehende Erinnerung an die Schmerzen wieder aufleben zu lassen und in den Dienst des symbolischen Ausdruckes ihrer Enttäuschung zu stellen. Von da an ist in der ganzen Krankengeschichte immer wieder mit einer gesetzmäßigen Sicherheit festzustellen, daß sie jede Art seelischer Erregung sofort mit Gelenkschwellungen und Gelenkschmerzen beantwortete. Auch während der Behandlung selbst gingen jeder Aufdeckung dieses Komplexes solche Schmerzen und Schwellungen voraus bzw. begleiteten sie sie. Häufig waren die Reaktionen so stark, daß es mir schwer wurde, nicht doch eine organische Grundlage anzunehmen. Aber immer wieder war mit der Lösung der seelischen Spannung so prompt auch Schwellung und Schmerz verschwunden, daß an einem Zusammenhang nicht gezweifelt werden kann. Besonders stark waren die Schwellungen und die Schmerzen in den Kniegelenken, als sie einige Monate nach der ersten Behandlungsphase von dem bewußten Freund eingeladen worden war. Sie hatte bei ihm gewohnt, und er hatte ihr das gemeinsame Schlafzimmer, in dem er mit seiner Geliebten zusammen lebte, gezeigt. Der Anblick der stark aufs

Sexuelle eingestellten Gesamteinrichtung, die Erzählungen des Freundes und sein Verhalten ihr gegenüber, hatten sie sehr stark erregt. Als sie dann zusammen mit ihm und seiner Geliebten eines Tages einen längeren Ausflug machte und er dabei, ohne Rücksicht auf ihre Leistungsfähigkeit, einen allzu weiten Weg einschlug, bekam sie schon unterwegs derartige Schmerzen und nach ihrer Rückkehr eine solche Schwellung beider Kniegelenke, daß der zugezogene Arzt einen akuten Gelenkrheumatismus annahm. Sie kam damals in einem im ganzen sehr elenden Zustand bei mir an. Schmerzen und Schwellungen verschwanden aber schon nach den ersten Sitzungen vollständig.

Die Patientin ist dann mehrere Jahre von mir nachuntersucht worden und leistungsfähig und gesund geblieben.

2. Wie sehr zerebrale Faktoren auf die Entzündungsvorgänge auch beim Gelenkrheumatismus einwirken, zeigt ein von F. Gaisboeck mitgeteilter Fall (Akuter Gelenkrheumatismus und Hemiplegie. Ein Beitrag zur Lehre von der Entzündungshemmung. D. Arch. f. klin. Med., Bd. 121, H. 4/6).

26jähriger Mann mit akutem Gelenkrheumatismus bekommt einen apoplektischen Insult im Bereich der Oblongata, wahrscheinlich der linken Brückenhälfte. Mit dem Erlöschen der Empfindung hörten gleichzeitig die akut entzündlichen Erscheinungen der Gelenke völlig auf. Wir haben hier also einen direkten, sozusagen experimentellen Beweis für die Wirkung der Aufhebung von Schmerzreizen auf die Entzündungsvorgänge.

Erkältungssymptome.

Ein von mir wegen Zwangsvorstellungen und Depressionszuständen behandelter Patient bemerkt eines Tages, daß, seitdem er von mir aufgefordert worden sei, sich von seiner Mutter zu trennen, eine Erkältung die andere ablöse. Alle paar Wochen habe er Schnupfen, Halsbeschwerden und andere Erkältungssymptome. Er erinnere sich, daß die Mutter Erkältungen immer sehr ernst genommen und ihn sofort sehr geschont habe. Er habe zuerst, als ich ihm die Trennungsnotwendigkeit von der Mutter klargemacht habe, sofort sich daran erinnern müssen, wie angenehm es gewesen sei, wenn er gelegentlich bei Erkältungen zu Hause bei der Mutter im Liegestuhl gesessen habe.

Die Aufklärung über das allzu starke Abhängigkeitsverhältnis von seiner Mutter zugleich mit einer sonstigen genaueren Analyse seines Seelenlebens ließ die abnorm häufigen Erkältungssymptome dauernd verschwinden.

Andere Beispiele für die Bedeutung seelischer Faktoren bei der Entstehung und vor allem im Verlauf von sogenannten Erkältungskrankheiten ließen sich übrigens in Menge anführen: Diese Erkältungen werden mit Vorliebe als Schutzmittel gegen Annäherung ungeliebter Menschen, als symbolischer Ausdruck für die Unlust über irgend ein Erlebnis (man kann es nicht „hinunterschlucken") und als Sicherungsmittel gegen moralische Gefahren verwendet.

Nierenerkrankungen.

1. Chronische Nephritis.

Frau B. M. kommt 1913 mit heftigen Klagen über Herzbeschwerden, Schmerzen im Rücken, allgemeine Arbeitsunfähigkeit, Schmerzen in der Nierengegend, stark verminderte Urinausscheidung und schwere allgemeine Depression. Aus ihrer Analyse, die als Ganzes ein dickes Buch füllen würde, kann ich aus Diskretionsgründen gegenwärtig noch nichts Ausführliches mitteilen, muß mich vielmehr mit kurzen Andeutungen begnügen.

Vorgeschichte: Früher immer körperlich gesund, aber viele und stärkste seelische Erregung infolge maßlos heftiger Art des Vaters, der viel trank und dann sie und die anderen Geschwister, sie aber ganz besonders, und ebenso seine Frau sinnlos mißhandelte.

1905 verheiratet, 1906 Todgeburt infolge Nierenentzündung, Nierenerkrankung im 8. Monat festgestellt, hatte in den Schwangerschaftsmonaten 60 Pfund zugenommen, Kind 2 Pfund schwer, sehr reichlich Eiweiß, Zylinder.

Herbst 1906 6 Wochen im Krankenhaus wegen Herzschwäche und dauernder, auf Wasserretention zurückzuführender Gewichtszunahme, reichlich Eiweiß, Zylinder und Nierenepithelien. Harnausscheidung bis zu 500 g in 24 Stunden, jedoch fast nur nachts. Salzausscheidung betrug angeblich ¼ des Normalen.

Herbst 1907 wieder 6 Wochen Krankenhaus, derselbe Eiweißbefund, Kochsalzretention, ständige Rücken- und Kopfschmerzen, starke Gewichtszunahme, Herzschwäche, vom Arzt weitere Schwangerschaft streng verboten.

1908 trotzdem Geburt eines gesunden Kindes. Während der Schwangerschaft wieder vermehrte Symptome einer Nierenentzündung. Vom 3. Monat an Ruhelage und strenge Diät, in den letzten 2 Monaten Eiweißgehalt 2 ‰, Geburt normal, Kind gesund.

1909—1911 dauernd Eiweiß und Zylinder, von 3 Ärzten konstatiert. Weitere Gewichtszunahme infolge Wasserretention.

1911 Schwangerschaft. Vom 3. Monat an vermehrter Eiweißgehalt, auffallende Gewichtszunahme, in den letzten Monaten starke Schmerzen in Nierengegend. Geburt 3 Wochen vor der Zeit wegen der Nierenentzündung eingeleitet.

Beide Kinder ohne Schwierigkeiten selbst genährt.

1911—1912 mäßige Eiweißausscheidung, viel Schmerzen im Rücken und Kopfschmerzen.

1912 Ende Juli von Professor X. nach Rücksprache mit 2 Internisten Frühgeburt im 4. Monat eingeleitet wegen Eiweißvermehrung.

Im November desselben Jahres schon wieder schwanger, Auskratzung im 2. Monat wegen Vermehrung der Eiweißausscheidung.

1913 im Januar zwecks Verhütung weiterer Schwangerschaft Gebärmutteramputation, schlechte Narkose, nachher Gewöhnung an Morphium (jetzt längst wieder abgewöhnt). Nierenfunktion in dieser Zeit sehr schlecht. 300—500 g Urin in 24 Stunden, dauernde Gewichtszunahme.

In den ersten 3 Wochen nach der Behandlung Verschlimmerung des allgemeinen Zustandes, Vermehrung des Gewichtes, heftige Rücken- und Kopfschmerzen, starke Müdigkeit, am Herzen nur auffallend eine Verstärkung des zweiten Tones an der Spitze. Herzgrenzen normal, Blutdruck 120. Nach Überwindung der Anfangswiderstände gegen die analytische Behandlung verschwanden die Schmerzen allmählich, das Befinden besserte sich, die anfänglich noch vorhanden gewesene, allerdings geringe Zylinder- und Eiweißausscheidung hörte auf, und nach ungefähr 8 Wochen stellte sich auch eine normalere Urin-

ausscheidung ein. Die im Krankenhaus vorgenommenen Nierenfunktionsprüfungen, die im Anfang stark von der Norm abweichende Ergebnisse gehabt hatten, wurden wesentlich besser, wobei aber zu bemerken ist, daß die Nierenfunktion genau parallel ging der Erregung und Beruhigung, wie sie während der Analyse in psychischer Beziehung vorhanden war: sobald stärkere Komplexe aufgedeckt wurden, gab es sofort eine Verminderung der Urinausscheidung und Verschlechterung der Salz- und Wasserausscheidung. Während der Tage, da sie Bettruhe innehielt und sich Gelegenheit ließ zum ruhigen Verarbeiten des analytischen Materials, war die Ausscheidung, die sonst im täglichen Leben bei Erfüllung ihrer gewöhnlichen Pflichten im Durchschnitt 500 g pro Tag betrug, 3000—4000 g, ohne daß Diät oder sonstige Maßnahmen mitwirkten (früher hatte sie bei Ruhetagen v o r der psychischen Behandlung nur ein Mehr von 100—200 g erzielt). Gewöhnlich endeten so starke Urinausscheidungen mit einer Art von Erschöpfungszustand.

Mai 1914 begann sie auf meinen Rat mit dem Niederschreiben ihrer in der Analyse zutage getretenen Erinnerungen und Erkenntnisse und beobachtete dabei jedesmal, wenn sie wesentliche Teile, namentlich die Beziehungen zu ihrem Vater betreffend, niederschrieb, nach der Niederschrift verbesserte Urinausscheidung.

Von August 1914 an konnten aus äußeren Gründen die Ruhetage nicht eingehalten werden, trotzdem blieben die Urinerscheinungen regelmäßig zwischen 1500 und 2000 g, nur an Tagen besonderer seelischer Erregung war es erheblich weniger. Auch die Ergebnisse der Nierenfunktionsprüfung waren zuletzt günstige, Eiweiß wurde monatelang nicht mehr gefunden. Zahlreiche, als Ausfallssymptome nach der Operation zu deutende Beschwerden schwanden ebenfalls völlig. Dieser Zustand hat sich dann weiterhin nicht wesentlich geändert.

Ohne mir die zahlreichen Schwierigkeiten zu verhehlen, die bei der Beurteilung der psychischen Einwirkungen auf diesen Krankheitsverlauf vorliegen, und ohne die vielen Möglichkeiten zu verkennen, die in zufälligen äußeren körperlichen Einwirkungen und in dem Selbstheilungsprozeß an sich gegeben sind, glaube ich doch bei aller Vorsicht behaupten zu können, daß in diesem Falle ein Zusammenhang zwischen der psychoanalytischen Behandlung und der allmählichen Besserung des Gesamtzustandes, die aus einer völlig arbeitsunfähigen Frau wieder einen leistungsfähigen Menschen machte, besteht; denn das Zusammentreffen der Verschlimmerungen des Zustandes mit Aufdeckung alter Affekte und die Verbesserung mit der Verarbeitung der Affekte war monatelang so regelmäßig und so klar zu beobachten, daß man mit demselben Recht, wie man bei regelmäßigem Zusammenfallen einer Besserung mit der Darreichung von Medikamenten sonst eine Wirkung dieser letzteren annimmt, auch hier eine solche der Analyse annehmen darf. Insofern scheint mir diese Krankengeschichte für die Entscheidung der Frage, ob eine psychische Behandlung auch bei organischen Erkrankungen angezeigt sein kann, doch sehr bedeutsam zu sein.

Für den Symbolcharakter auch solcher Erkrankungen ist eine Äußerung der Patientin nicht ohne Interesse: sie habe von ihrem Vater, wenn

sie während seiner Mißhandlungen weinte, jedesmal noch vermehrte Schläge bekommen, so daß sie sich abgewöhnt habe, irgend welche Äußerungen des Schmerzes, namentlich Weinen, zu zeigen, und oft habe sie sich jetzt gedacht, daß die Zurückhaltung des Tränenwassers eine Analogie zur Zurückhaltung des Nierenwassers bilde. Diese Äußerung zeigt jedenfalls, wie sich in der Laienvorstellung Beziehungen zwischen Organfunktionen und seelischen Vorgängen bilden können. Weitere Schlüsse lassen sich daraus natürlich nicht ziehen, aber als Wegebahner für falsche Organbeeinflussung seitens des Gehirns kommen solche Vorstellungen sicher oft wesentlich mit in Betracht.

Ein anderer Fall von Nierenerkrankung ist folgender:

2. Schrumpfniere.

Frau Sch. kommt mit einer schweren Depression in Behandlung, nachdem ihr von ihrem Hausarzt und einem diesen nachkontrollierenden bekannten Internisten an einer Universitätsklinik gesagt worden war, daß sie ein chronisches Nierenleiden habe. Objektiv findet sich eine Spur Eiweiß, zahlreiche hyaline, wenig granulierte Zylinder, tägliche Harnmenge 3500 ccm, spezifisches Gewicht 1010, ab und zu nachts besonders reichliche Harnausscheidung. Der Blutdruck beträgt im Anfang 210, zweiter Aortenton erheblich verstärkt, Spitzenstoß hebend, Herzgrenzen normal. In psychischer Hinsicht alle Symptome einer schweren Depression. Die Analyse ergab vor allem eine außerordentlich starke Bindung an die Mutter, die ihr in jeder Beziehung für ihr Verhalten im Leben maßgebend war, und eine ausgesprochene Abwehr gegen ihren Mann, weil er in gewisser Beziehung dem wenig geliebten Vater ähnlich war. Diese Ähnlichkeit erstreckte sich auch auf Kleinigkeiten in der Äußerung seiner Zärtlichkeit, und diese war ihr daher besonders unsympathisch. Dabei war sie von einem maßlosen Ehrgeiz erfüllt, trieb den Mann in seiner Laufbahn immer wieder an und war ständig unzufrieden mit dem von ihm Erreichten. Im Laufe der Behandlung war auch hier sehr deutlich zu beobachten, daß Urinmenge und Urinbeschaffenheit einen unverkennbaren Parallelismus mit ihrer psychischen Stimmung zeigten. Auch der Blutdruck schwankte je nach der seelischen Situation sehr stark auf und ab.

Nach der Behandlung habe ich die Kranke etwa 10 Jahre lang beobachten können, und es ging ihr dauernd so gut, daß sie keine Veranlassung fand, einen Arzt zu konsultieren. Erst nach dem Tode der Mutter brach eine erneute Depression aus. Der vorher auf etwa 160 sich haltende Blutdruck stieg wieder auf 210 und 220 an, und sie behauptete, auch wieder weniger Wasser lassen zu können. Zu einer genaueren Nachprüfung kam es diesmal nicht, da die Kranke schon nach wenigen Tagen sich so erheblich besserte, daß sie eine weitere Behandlung für überflüssig hielt. Seither sind wieder zwei Jahre verflossen, und, wie mir der Mann mitteilt, hält der günstige Zustand an.

Gallenblasenentzündung.

Frau D. E. Eines Tages werde ich zu einer Dame nach auswärts gerufen, bei der hohes Fieber mit septischen Kurven, hochgradige Gelbfärbung der ganzen Haut und Druckempfindlichkeit der Gallenblase neben einer sehr großen allgemeinen Reizbarkeit bestand. Die Diagnose mußte eine heftige Cholezystitis annehmen. Unter entsprechender, zunächst konservativer Behandlung ging dieselbe indessen nach einigen Wochen zurück. Der weitere Verlauf war dann so, daß sie des öfteren Rückfälle bekam, und zwar entstanden diese, wie auch der erste Anfall, jedesmal dann, wenn sie eine starke seelische Erschütterung erfuhr. Eine analytische Behandlung ergab folgendes:

In der Kindheit sehr streng, namentlich von der Mutter erzogen, alles Triebhafte stark unterdrückt und mit schweren Strafen bedroht; als Kind von 7 Jahren vom Großvater sexuell angegriffen, verbarg diese Tatsache aber vor allen Menschen, auch vor den Eltern. Die Erinnerung kam unter den allergrößten Widerständen, plötzlichem Wiederauftreten von Gallenblasenschmerzen und ikterischer Verfärbung der Skleren zum Vorschein. Mit 15 Jahren von einem fremden Mann auf der Straße überfallen, Vergewaltigungsversuche im letzten Augenblick durch Tritte verhindert, sehr starke Haßeinstellung gegen die Mutter, dagegen Vaters Liebling und ihm gegenüber immer besonders bedürftig nach Zärtlichkeiten. Eine jüngere Schwester wurde von der Mutter bevorzugt, daher auch Gegenstand besonderen Hasses. Schon als Kind wegen dieser Haßeinstellung gegen Mutter und Schwester häufig Selbstvorwürfe. Mutter stirbt an Gallenblasen- und Leberkrebs. Sie pflegt sie bis zuletzt und hat von da an die Überzeugung, selbst auch einmal in ähnlicher Weise zu erkranken. Die Schwester ist bezüglich ihrer eigenen Person von derselben Überzeugung durchdrungen. Mit Ehemann „glücklich" verheiratet, zwei gesunde Kinder, sexuell aber von Anfang an vollkommen unempfindlich. Nach dem ersten Abschnitt der Behandlung ist die sexuelle Kälte verschwunden. Der Ehemann schreibt mir begeistert, daß sie nach 10 Jahren zum erstenmal Flitterwochen feierten. Und auch die Gallenblasensymptome blieben über ein Jahr weg. Dann tritt ein Mann in ihr Leben, der ihr geistig mehr bietet als ihr Ehegatte. Sie wehrt sich sehr gegen den Einfluß und erkrankt aufs neue mit Fieber, Gelbfärbung, Durchfällen und Schmerzen in der Gallenblasengegend. Da sie sich scheut, wie so viele Kranke dieser Art, „wieder beichten zu müssen", geht sie zum Chirurgen und läßt sich operieren (Cholezystektomie). Darauf ein halbes Jahr Ruhe. Der betreffende Mann war während dieser Zeit ortsabwesend. Als er wieder zurück ist, wiederum Gelbfärbung, Durchfälle, heftige Schmerzen in der Gallenblasengegend, kein Fieber. Nunmehr geht sie in klinische Behandlung zu einem Internisten an einer Universitätsklinik. Dort Naunynsche Kur und Behandlung mit Diathermie und körperlichen Maßnahmen aller Art. Da nach 8 Wochen nicht die geringste Besserung, bringt der Ehemann sie wieder zu mir, und die Analyse wird fortgesetzt. Es kommen eine Reihe sehr stark haßerfüllter Szenen zum Vorschein. Auch dem Mann gegenüber ist sie von lebhaften Todeswünschen erfüllt. Die Abwehr ihm gegenüber hatte sich inzwischen auch wieder in zunehmender sexueller Kälte geäußert. Es zeigt sich, daß sie durch häufiges Zusammentreffen mit dem anderen Mann, der sie in vieler Beziehung an den Vater erinnert, in dauernder sexueller Spannung gehalten wird und dadurch in heftigen seelischen Konflikten lebt. Nachdem diese Dinge innerhalb 14 Tagen analytisch wenigstens im gröbsten geklärt waren, verlieren sich die körperlichen Erscheinungen völlig. Die Stimmung ist heiter und froh, der Appetit

nimmt zu, und sie kann nach Verlauf von 4 Wochen als körperlich völlig genesen wieder nach Hause entlassen werden.

Im Verlauf der nächsten 2 Jahre auftretende Rückfälle lassen sich meist im Laufe von 2—3 Sitzungen beseitigen, nachdem ihr nachgewiesen werden konnte, daß sie sich jedesmal entweder an Erinnerungen an den betreffenden, inzwischen körperlich ihrem Gesichtskreis entzogenen Mann, an häusliche Erregungen und dadurch vermehrte Abwehr gegen ihren Ehegatten und an noch nicht ganz erledigte Kindheitserinnerungen angeschlossen hatten. Sie ist nunmehr seit 6 Jahren dauernd vollkommen gesund, hat sogar die Ausweisung und damit die völlige Vernichtung ihres Geschäftes ohne wesentliche körperliche und seelische Störungen ertragen.

Der Fall ist insofern sehr instruktiv, weil er besonders klar beweist, wie im Anschluß an eine fraglos körperliche Erkrankung seelische Faktoren, zum guten Teil unbewußter Art, sich dieser körperlichen Störungen bedienen, um sich darin zu äußern. Chirurgische Behandlung hatte zwar in dem Circulus vitiosus zwischen Körperlichem und Seelischem an der körperlichen Seite mit Erfolg angegriffen; aber die Erinnerungsbilder der früheren körperlichen Störungen dienten auch weiterhin zur Unterhaltung des seelischen Teiles der Erkrankung und verursachten damit auch wiederum körperliche Störungen. Letztere sowohl wie erstere fanden erst durch eine Lösung der inneren Spannung eine wirkliche Heilung.

Asthma.

1. A. B., junges Mädchen von 19 Jahren, seit ihrem 12. Jahre ausgesprochenes Asthma, hat den typischen organischen Asthmabefund. Ich werde während eines schweren Anfalles zu ihr gerufen. Seit Jahren in der kälteren Jahreszeit beständige Bronchitiden und sonstige Erkältungskrankheiten. Körperbau im ganzen etwas schwächlich, erhebliche Anämie. Beginn des Asthmas angeblich nach einer Grippe. In seelischer Beziehung leicht erregbar, stark zu depressiver Verarbeitung ihrer Lebenserfahrungen geneigt. Es ist ihr selbst aufgefallen, daß das Asthma bald nach Erkältungen oder im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen, bald nach seelischen Erregungen auftritt. Die Analyse ergibt: große Gereiztheit gegen die Mutter, die selbst tatsächlich hochgradig nervös ist und sich mit dem Ehemann häufig zankt. Der erste Asthmaanfall während der Behandlung tritt auch ein, nachdem ich mit der Patientin die Beziehungen zu Vater und Mutter besprochen hatte und nachdem ihr dabei klar geworden war, wie stark sie einerseits an den Vater gebunden und andererseits in Haß gegen die Mutter eingestellt war. Sie selbst behauptet, nie heiraten zu wollen, was offenbar auf diese schlechte Erfahrung mit der Ehe der Eltern zurückzuführen ist. Die Aufklärung über das auch bei ihr vorhandene Bedürfnis nach Mann und Kind, über die Benützung der Krankheit als Waffe gegen die Eltern und als Mittel, sich selbst durchzusetzen, bringen schon nach ganz kurzer Zeit eine wesentliche Verminderung der Anfälle hervor. Nach einem Sommeraufenthalt bei einer Freundin wird sie mir aber in bedeutend verschlimmertem Zustande wieder zugeführt. Die Eltern sehen in dem ungeeigneten Klima (Schwarzwald!) die Ursache. Erst nach langem Drängen und unter den allergrößten Hemmungen kommt dann schließlich das Geständnis zum Vorschein, daß der Vater der Freundin sie eines Tages umarmt und abgeküßt habe. In der Nacht darauf habe sie den stärksten

Asthmaanfall seit Jahren gehabt. Nach Aufklärung über die erotische Ursache des Anfalls erfolgt rasche Besserung des Zustandes, die im Laufe der nächsten Zeit weiter zunimmt, bis sie durch eine heftig einsetzende Grippe wieder vermehrte Anfälle bekommt. Diesmal ist es ihr aber trotz ausgesprochener Bronchitis mit Temperatursteigerung sehr rasch möglich, mit dem Zustand fertig zu werden, namentlich nachdem sich das Verhältnis zu ihrem Bruder, der, wie sie glaubt, so kalt gegen sie sei, einer eingehenderen Erörterung unterzogen worden war. Sie blieb nunmehr 6 Monate, während deren ich sie nicht mehr sah, asthmafrei. Dann setzten wieder rasch hintereinander Anfälle ein. Als Ursache erwies sich das Reden einer Freundin über ihre Verehrer und die Empfindungen, die sie dabei hatte. Sie gesteht, daß sie jetzt dauernd Angst habe, es könne ihr etwas Sündhaftes passieren. Sie wolle deswegen auch nicht auf Bälle gehen und an keinen gesellschaftlichen Vereinigungen mehr teilnehmen. Auch jetzt wirkt Aufklärung über die Zusammenhänge prompt, und seit dieser Zeit ist sie dauernd frei von Anfällen geblieben. 3 Jahre nachkontrolliert.

Man sieht auch an diesem Fall wieder, wie wichtig gerade die Analyse der Ursachen des Wiederauftretens von Anfällen nach längerer Zeit sein kann, und wie zweckmäßig sich daran dem Patienten zeigen läßt, welche Faktoren in ihm mit an der Arbeit sind.

2. Fräulein von Y. Asthma mit heftigen bronchitischen Erscheinungen seit dem 12. Lebensjahre. Es kommt zustande nach Gehen, häufig morgens beim Erwachen und meist immer zur gleichen Stunde, aber auch oft nach seelischen Erregungen. Besonders erinnert sie sich daran, daß sie es oft bekommen habe, wenn sie getadelt worden sei. Seit 2 Jahren durch Asthmolysininjektionen zeitweise Erleichterungen. Objektiv über beiden Lungen lautes Pfeifen, Giemen und Rasseln, dazwischen feinere Rasselgeräusche, Schall überall normal, im Auswurf Asthmakristalle, Spirillen, im Röntgenbild Hilusdrüsen vergrößert, sonst nichts Besonderes, Herz zeigt ausgesprochene Tropfenform und ist im Verhältnis zum Gesamtkörper auffallend klein. Herztätigkeit sehr erregbar, Pulsfrequenz wechselt sehr unter dem Einfluß körperlicher Anstrengungen und seelischer Erregung. In der Familie keine Lungenkrankheiten, keine tuberkulöse Belastung, dagegen litt der Vater zuletzt stark unter Atemnot.

Es wird ihr zunächst das Wesen und die Entstehungsbedingungen des Asthmas geschildert und sodann die Möglichkeit der Einwirkung von der seelischen Seite her auf Grund sonstiger Erfahrungen klar gemacht. Aufgefordert, anzugeben, was ihr beim Gedanken an das Asthma zuerst einfalle, bringt sie zunächst die Mitteilung über einen Ferienaufenthalt bei einer Freundin, während dessen sie besonders stark von Asthma heimgesucht worden sei. Sie erklärt, daß sie diese Freundin glühend um ihr Äußeres und namentlich um ihr glänzendes Verhältnis zu ihrem Vater beneidet habe, und es sei ihr damals schon aufgefallen, daß Anfälle jedesmal aufträten, wenn sie sich gegenüber dieser Freundin zurückgesetzt oder minderwertig gefühlt habe. Sodann Erinnerungen, sich durch Asthma manchmal von Familienspaziergängen, die ihr sehr unwillkommen waren, befreit zu haben. Mit 12 Jahren von einem Mädchen, mit dem sie auf dem Lande zusammen war, über allerlei sexuelle Dinge aufgeklärt. Sie habe sich seiner Zeit so sehr darüber erregt, und es habe sie sehr stark erschüttert. Unmittelbar danach hat sie einen Anfall bekommen. Am Tag nach dieser Erzählung hat sie morgens gegen 4 Uhr Asthma. Darauf aufgefordert, an diese Zahl 4 zu denken, fällt ihr ein, daß um 4 Uhr morgens ihr Vater gestorben ist. Einige Tage darauf, auf Aufforderung, sich

auf die Kindheit einzustellen, fallen ihr allerlei Erlebnisse mit einer Kinderfrau ein, die sie ganz besonders geliebt habe. Sie habe oft genug an ihrem Bett gesessen und ihr Trost zugesprochen, und das sei ihr immer ein sehr angenehmes Gefühl gewesen, zu wissen, daß diese Frau sich mit niemand anders soviel beschäftigt habe wie mit ihr. Dann wisse sie noch, wie sie einmal ein Stück auf dem Klavier spielen sollte und ihre Schwester sie daran verhindern wollte. Es habe einen großen Streit gegeben, und die alte Kinderfrau habe ihr heftig ins Gewissen geredet. Sie sei aber trotzig zu Bett gegangen und habe in der Nacht einen starken Anfall gehabt. Sie sehe ein, daß Erregungen des Ehrgeizes, im Klavierspielen mehr zu können als die Schwester, und die Wut auf die Kinderfrau dabei die Hauptursache gewesen sei. In den nächsten Tagen Mitteilung, daß sie nachts wieder geräuchert habe. Als ich sie darauf faradisiere, um ihr zu zeigen, wie es möglich sei, gegen Unlustreize sich durchzusetzen, fängt sie hemmungslos zu weinen an und erklärt darauf, so sei es immer gewesen, wenn sie als Kind bestraft worden sei. Es wird ihr klar gemacht, daß diese Reaktion den Sinn gehabt habe, sich selbst gegen die Strafe durchzusetzen. Da am nächsten Tage noch weiter geräuchert wird, noch einmal die energische Aufforderung, es zu unterlassen, wiederum dieselbe Weinszene. Sie erzählt sodann, daß sie immer ein halber Junge gewesen sei, sich nie viel für Mädchen interessiert und auch nie geschwärmt habe. Am nächsten Morgen schwindelig, es sei ihr furchtbar schlecht und übel, Kopfschmerzen, meint, sie fühle selbst, daß das Unbewußte nicht wolle; darauf eingestellt, sagt sie: „Es gehört eigentlich nicht hierher, der Bruder des Professors, der mich operierte an Blinddarmentzündung, war ein ekelhafter Kerl, als er mich untersuchte, küßte er mich, das war mir gräßlich.“ In der nächsten Nacht Traum: „Ich fuhr in einem D-Zug. Auf einmal sollte ich gefangengenommen werden, weil ich einen Amerikaner geschimpft hatte, ich sprang heraus und befand mich in dem Dorf, wo mein Vater geboren ist. Ich konnte aber nicht das Haus finden und wurde weiter verfolgt. Sie sagten, wenn ich mein Ehrenwort geben wollte, dem Amerikaner nichts zu tun, könnte ich die Freiheit haben Aber ich tat es nicht und hatte dann immer, wenn ich mich umsah, jemand hinter mir.“ An Einfällen produziert sie: die amerikanischen Soldaten sind doch stramme Kerle; mein Vater ist auch sehr groß und stramm, und ich bin schon als Kind oft eifersüchtig gewesen, wenn er mit Mutter in seiner Uniform so stolz durch die Straßen ging. Ich wollte immer lieber allein an seiner Seite gehen. Dieser Traum enthält also offenbar den Wunsch nach dem völligen Besitz des Vaters und zeigt zugleich eine gewisse erotische Beziehung zu den dem Vater in der äußeren Erscheinung ähnlichen Amerikanern, die sie hier täglich sah. Sie erzählt im Anschluß daran, daß sie von Jugend auf immer viele Träume von Verfolgtwerden und Flüchten gehabt habe. Es wird ihr die Bedeutung solcher Träume als Wunschträume (vom Mann „verfolgt“ zu werden) klar gemacht. Am nächsten Morgen kommt sie mit der Mitteilung, in der Nacht habe sie einen Asthmaanfall gehabt, sich dann aber entsprechend meinem Rat vorgesagt, daß er sich auf meine gestrige Erklärung beziehe, die sie etwas erregt habe, weil sie ihre Berechtigung einsehen müsse. Darauf sei der Anfall schon nach einer Viertelstunde vorüber gewesen. Im weiteren Verlauf der Behandlung kommen dann noch eine Reihe von anderen Tatsachen zum Vorschein: starke Minderwertigkeitsgefühle einer Schwester gegenüber, die sie vermittels der Anfälle in dem Sinne auszugleichen versuchte, daß sie sich sagte: „Hätte ich die Anfälle nicht, so könnte ich gerade so viel leisten wie diese Schwester.“ Ferner zeigte sie eine heftige Opposition gegen die Mutter, die sich auch in zahlreichen

Träumen aus dieser Zeit zu erkennen gibt. Während einer ganzen Woche fing dann die Herztätigkeit an, auffallend erregt zu werden, so daß ich unsicher wurde, ob nicht doch irgend eine organische Herzerkrankung mit im Spiele sei, bis sie eines Tages mit dem Geständnis herausrückte, daß sie sich seit einiger Zeit immer mit meiner Person beschäftigen müsse und rasend eifersüchtig auf alle anderen Patienten und auch auf meine Frau sei. Nachdem ich diese Tatsache ihr in ihrer Bedeutung als Übertragung der Liebe zum Vater auf die Person des Arztes verständlich gemacht hatte, beruhigte sich die Herztätigkeit wieder, und Patientin fing nun an, täglich längere Spaziergänge, auch auf die Berge der Umgebung zu machen, zuerst mit nachfolgenden erhöhten Herz- und Atembeschwerden, allmählich unter dem Einfluß der Übung durch das Gehen und gleichzeitiger Atemgymnastik und bei Wegfall der Angst immer mehr ohne alle Beschwerden. Nach 8 Wochen völlige Genesung, die weitere 4 Jahre von mir kontrolliert werden konnte. Sie ging schon im Sommer desselben Jahres an die Nordsee, schwamm, ruderte, fuhr Rad, kurz, lebte wie ein völlig gesunder Mensch, und dieser Gesundheitszustand hat seither 4 Jahre lang gleichmäßig angehalten.

Zusammengefaßt ergibt sich also: hochgradiges Asthma mit sehr ausgesprochenen Symptomen einer Bronchiolitis und sehr deutlichen, teilweise anfangs sicher organisch bedingten Herzstörungen im Sinne eines Zurückbleibens der Entwicklung des Herzens hinter der Entwicklung des übrigen Körpers. Beginn nach heftiger Bronchitis, die dabei entstandenen Symptome fixiert durch das Bestreben, die Krankheit als Waffe zu benutzen, später wird das Asthma der Ausdruck für alle möglichen Affekte: Sehnsucht nach Liebesbeweisen des Vaters, der Mutter, der Kinderfrau, Eifersucht und Neid gegen Mutter, Freundin, Schwester, Angst vor Versagen im Leben, Flucht vor diesem Minderwertigkeitsgefühl in die Krankheit, schließlich eine Reihe erotischer innerer und äußerer Erlebnisse.

3. U. V. Höherer Beamter, seit 20 Jahren heftiges Asthma, objektiv ausgesprochene bronchitische Geräusche über der ganzen Lunge, deutliche Lungenblähung, hochgradige Atemnot, Asthmakristalle und Spirillen im Auswurf, sonst körperlich gesund. Großvater litt auch an Asthma. Bei ihm selbst setzte es im Anschluß an eine akute Bronchitis ein. Er hat daran eine sehr deutliche Erinnerung. Er hat schon frühzeitig immer Angst gehabt, er könnte Asthma wie der Großvater bekommen. In den Beginn der Erkrankung fallen dienstliche Unannehmlichkeiten, als ihm in B. gesagt wurde, er sei zu bequem. Er ist durch viele Beurlaubungen dienstlich im ganzen zurückgeblieben, fühlte sich infolgedessen dauernd in seinem Ehrgeiz gekränkt. Der jetzige Zustand ist besonders verschlimmert worden, nachdem ihm ein anderer Kollege vorgesetzt worden war. Charakteristischerweise war das Asthma verschiedene Male längere Zeit verschwunden, und zwar immer dann, wenn er eine Versetzung bekommen hatte, die ihm genehm war. Das eine Mal gibt er an, daß „die frische Seeluft in U." die Besserung bewirkt habe, das andere Mal hat es angeblich die kräftige Schwarzwaldluft getan. Daß er daneben bei einer Versetzung an einen anderen, an der See gelegenen Ort, der ihm nicht sympathisch war, völlig entgegengesetzte Wirkungen, namentlich verstärktes Asthma hatte konstatieren müssen, wird ihm erst durch meine Aufklärung bewußt. Als Wesentliches sei aus der Krankengeschichte nur kurz hervorgehoben: Ein Anfall setzte nach einer Differenz mit seiner einzigen Schwester

betreffs Verkaufs von Papieren ein, wobei es auch zu Auseinandersetzungen zwischen ihm und seiner Frau kam. Wiederholt traten Anfälle im Anschluß an Differenzen in der Familie ein, und er erklärt, Frau und Töchter sagten immer, wenn er Asthma habe: „Vater muß man schonen." Einmal trat ein Anfall auf, nachdem seine Frau starke Zweifel an der Möglichkeit ärztlicher seelischer Einwirkung geäußert hatte. Ein andermal glaubte er, es auf das Weglassen des sonst eingenommenen Jodkali zurückführen zu können, worauf ihm auf Grund seiner Assoziation gezeigt werden kann, daß eine am Tage vorher erlebte dienstliche Erregung die Hauptursache war. Er wird aufgefordert, Jodkali jetzt vollständig wegzulassen; darauf kommt er nach einigen Tagen sehr erstaunt über die Bedeutung psychischer Faktoren wieder, da es ihm, trotzdem er kein Jodkali mehr nehme, weit besser gehe. Der anfänglich starke Widerstand, namentlich gegen die Einsicht, daß ein großer Teil der Anfälle auf die unbewußte Wut und Haßeinstellung gegen Frau und Kinder zurückzuführen sei, läßt erst nach, nachdem er in einem Traum sich selbst den Beweis dafür geliefert hatte. Er träumte nämlich, daß seine ganze Familie gestorben sei und daß er einen besonders schönen Rosenstock auf das Grab seiner Mutter gepflanzt habe. Einmal setzte der Anfall ein, als er in der Sprechstunde besonders lange hatte warten müssen. Es kann ihm daran besonders eindringlich die Wutreaktion gegen den Arzt bewiesen werden. Unter gleichzeitigen Atem- und sonstigen gymnastischen Übungen und Anleitung zum regelmäßigen Gehen bessert sich der Zustand dauernd und ist im Verlauf von 8 Wochen gänzlich verschwunden. Nachkontrolle 5 Jahre.

Osteomalazie.

Frau A. H. kommt mit heftigen Schmerzen in beiden Beinen, die bei Bewegung zunehmen, zu mir. Sie ist nur unter allergrößter Anstrengung imstande, an 2 Stöcken einige Schritte im Zimmer zu tun. Die Hebung der Beine aus der horizontalen Lage gelingt nur in sehr geringem Umfang. Patellarreflexe normal, ebenso die übrigen Reflexe, Pupillenreaktion und Sensibilität. Bei Druck auf das Brustbein ausgesprochene Schmerzempfindlichkeit. An den Oberschenkeln besteht eine Adduktionskontraktion, Beugung der Oberschenkel und Streckung der Beine ohne Unterstützung der Oberschenkel sehr erschwert. Bei dem Fehlen sonstiger Befunde und dem Ergebnis der Röntgenuntersuchung, die am Becken und den Oberschenkeln eine allerdings nur geringe Abnahme des Kalkgehalts ergab, war die Diagnose einer Osteomalazie das Nächstliegende. Indessen hatten organtherapeutische und sonstige Maßnahmen bisher nicht die geringste Wirkung gehabt, und so entschloß ich mich, da das Verhalten der Patientin auch auf die Beteiligung einer psychischen Komponente hinwies, sie auch psychotherapeutisch zu beeinflussen. Kurz zusammengefaßt, ergab die Analyse, daß sie während ihrer Ehe dauernd schwer unter dem Fehlen eines Kindes gelitten hatte. Sie war dadurch mit ihrem Mann, den sie zärtlich liebte, in eine innere Spannung geraten, die zu gelegentlichen Wutausbrüchen und dem Versuch, „wegzulaufen", geführt hatte. Kurze Zeit, nachdem dieser Wunsch sehr intensiv geworden war, während ihr Verstand sich stark dagegen sträubte, hatte sie zum erstenmal Beschwerden beim Gehen gespürt, und es ist also zum mindesten wahrscheinlich, daß in dieser Zeit organisch bedingte beginnende osteomalazische Beschwerden in dem Kampf zwischen der unbewußten Tendenz des Wegstrebens vom Mann und der gleichzeitig vorhandenen Vernunfttendenz, dieses Wegstreben sich zu verbieten, benutzt worden sind, so daß sie also

durch die zunehmenden Gehschwierigkeiten sich gleichzeitig verhinderte, ihre von der Vernunft verurteilten Tendenzen auszuführen. Aus der Kindheit kam diesen Tendenzen eine weitere Erinnerung zu Hilfe: sie hatte eine Mutter, die auch an einer Gehstörung gelitten hatte, über deren Wesen nichts Näheres zu erfahren war. Der Vater hatte die Mutter mit aufopfernder Liebe gepflegt, so daß sich ihr also frühzeitig Gehstörungen als ein geeignetes Mittel zur Erweckung von Aufmerksamkeit und besonderer Liebesbetätigung seitens des Ehemannes darstellten. Eine Reihe von Schuldgefühlen, die sich an kindliche Erlebnisse anschlossen, sich speziell auf ihr oft gereiztes Verhältnis zur Mutter bezogen, gaben der Neigung, sich durch Erkranken an demselben Orte, wo die Mutter krank war, zu bestrafen, reichliche Nahrung.

Unter dem Einfluß der Erkenntnis dieser Zusammenhänge einerseits und andererseits unter der Wirkung einer systematischen, allmählich zunehmenden Übung im Gehen, gelang es, die seit Jahren stets bettlägerige Kranke wieder so weit zu bringen, daß sie täglich 1—2 Stunden weite Gänge machen und im Hause sich wieder vollkommen frei bewegen konnte. Der Erfolg hat bisher zwei Jahre angehalten.

Blasenkatarrh.

Eine wegen schwerer allgemein nervöser Beschwerden, Schlaflosigkeit, Schmerzen in den verschiedensten Körpergegenden, Depressionszuständen, bei mir in Behandlung befindliche Patientin, schläft eines Abends gegen 11 Uhr ein, nachdem einen Tag vorher die Periode eingetreten war, und erwacht dann nach einer halben Stunde mit heftigen Blasenbeschwerden, enormem Urindrang, der sie zwingt, alle paar Minuten Wasser zu lassen, dabei starke Schmerzen nach dem Wasserlassen, aber auch während des Passierens des Urins durch die Harnröhre. Objektiv findet sich stark getrübter, leicht alkalisch reagierender und zahlreiche weiße und rote Blutkörperchen enthaltender Urin. Als äußere Ursache kommt nur die Tatsache in Betracht, daß sie nachts bei offenem Fenster schläft und sich in letzter Zeit infolge lebhafter Träume öfters entblößt hat. Doch war das, als sie zu mir kam, bereits schon sehr lange der Fall, und sie hatte seit ihrem 12. Jahre trotzdem nie Blasenbeschwerden gehabt. Dagegen war sie in den Tagen vorher sehr erregt über den Besuch eines Herrn, der Musik mit ihr trieb und damit ihren sehr starken musikalischen Komplex berührte. Dieser ist um so schmerzlicher in ihr, als sie durch ihre Lebensverhältnisse sich gezwungen sieht, so gut wie ganz auf alle musikalische Betätigung zu verzichten. Ferner war sie in ihren erotischen Bedürfnissen in den Tagen vorher lebhaft gestört worden, indem der Mann, mit dem sie Beziehungen unterhielt, wie sie glaubte, sich einer anderen mehr zugewandt hätte als ihr. Bei der Aufforderung, mir anzugeben, was ihr an Erinnerungen käme, wenn sie an diese Blasenbeschwerden dächte, fällt ihr sofort ihr 12. Lebensjahr ein, wo sie diese Beschwerden zum erstenmal gehabt habe. Sie habe sie damals bekommen, unmittelbar nachdem sie zum erstenmal ihre Periode gehabt habe. Sie sei darüber furchtbar erregt gewesen, und zwar hauptsächlich ihres Vaters wegen, habe die Mutter flehentlich gebeten, diesem um Gottes willen nichts davon zu sagen, denn sie habe verschiedentlich bemerkt, daß der Vater der 4 Jahre älteren Schwester gegenüber während ihrer Periode sich in verächtlichem Tone geäußert habe: „Du mußt doch besser zu Bett gehen, du siehst ja wieder so schlecht aus.“ Sie habe daraus geschlossen, daß eine Frau sich durch die Periode und die Schwangerschaft die Verachtung des Mannes zuziehe. Da sie außerdem dieser Schwester gegenüber sehr stark

in Eifersucht eingestellt war, so hatte sie auch von dieser Seite her das starke Bedürfnis, ihren Vater nichts davon merken zu lassen. Sie wisse ganz genau, daß sie damals den Blasenkatarrh als eine ihr sehr willkommene Erkrankung empfunden habe, da sie sich so gleichsam wegen ihrer Periode entschuldigen und sich vom Vater zurückziehen konnte. „Heute ziehe ich ihn, glaube ich, heran, um mich nicht erinnern zu müssen an etwas, was mir unangenehm ist. Sie haben mich in letzter Zeit so viele peinliche Dinge gefragt, ich muß aber andererseits sagen, daß ich als Kind mich nicht bloß vor der Periode gescheut, sondern sie auch herbeigewünscht habe, um ganz Weib zu sein, und zwar ganz deutlich auch wieder mit Beziehung auf den Vater. Der Blasenkatarrh hat mir damals genützt, man hat mich ganz in Ruhe gelassen 3 Tage lang; jetzt verschafft mir der Katarrh wieder Ruhe vor Ihnen, der Sie so peinlich auf den Ursprung meiner Störung zurückgehen wollen."

Im übrigen sei sie von einer geradezu maßlosen sexuellen Spannung erfüllt, könne dabei aber von dem Manne ihrer Liebe sich nicht mit einem Finger berühren lassen. Sie habe das deutliche Gefühl, daß irgend etwas nicht auftauchen wolle. „Der Vater hatte Frau und Kind, und daher konnte ich ihn nicht ganz für mich haben, und genau dieselbe Situation ist jetzt dem Herrn X. gegenüber, auch ihn kann ich nicht für mich haben." Bereits am Nachmittag nach dieser Aussprache sind die Blasenbeschwerden bedeutend geringer, ohne daß sonst organisch etwas Wesentliches dagegen geschehen wäre. Dagegen kommt sie mit der Mitteilung zum Vorschein, es seien ihr jetzt wieder in so ungewöhnlich starkem Maße die vor einiger Zeit bereits mitgeteilten Erlebnisse mit dem Großvater, der sie als Kind sexuell zu mißbrauchen versucht hatte, wieder in die Erinnerung gekommen. Am nächsten Morgen ist der Urinbefund unvergleichlich viel besser, die subjektiven Beschwerden fast ganz verschwunden. Dagegen hat sie eine außerordentlich starke Migräne und erzählt mir spontan, diese Migränezustände seien unmittelbar nach den Attacken durch den Großvater zum erstenmal bei ihr aufgetreten, und sie habe sie dauernd in den Jahren des Zusammenseins mit ihm produziert. Am nächsten Tage finden sich nur ganz vereinzelte Leukozyten im Urin, Beschwerden subjektiver Art hat sie überhaupt nicht mehr und kommt nun mit einer Reihe von Erinnerungen über die Einzelheiten dessen, was der Großvater von ihr verlangt hat, zum Vorschein.

Hier manifestieren sich also wieder infolge einer, wahrscheinlich durch äußere Kälteeinflüsse herbeigeführten Schaffung eines Locus minoris resistentiae in der Blase Störungen, die drei Jahrzehnte zuvor im Anschluß an die Periode zum erstenmal aufgetreten waren. Es ist doch wohl nicht eine willkürliche Annahme, wenn wir daraus schließen, daß die Reproduktion der damaligen Empfindungen einerseits durch die Gleichheit der Situationen (Periode, Liebesenttäuschung), andererseits durch das Andrängen eines noch unerledigten Komplexes, nämlich der Großvatererlebnisse, bedingt ist, und daß dabei die nahen Beziehungen körperlicher und seelischer Art, die zwischen Blasen- und sexuellen Funktionen bestehen, eine starke Rolle spielen.

Multiple Sklerose.

Nur um die intensive Wechselwirkung psychischer und physischer Elemente bei schweren organischen Krankheiten zu zeigen, sei auch dieser Fall mitgeteilt.

Frau D., Engländerin, kommt mit den ausgesprochenen Symptomen einer multiplen Sklerose zu mir: spastischer Gang, Intentionszittern, Spuren von Nystagmus besonders beim Blick nach rechts; Bauchdeckenreflexe aufgehoben, sämtliche Sehnenreflexe enorm gesteigert, Babinski, Oppenheim, Rossolimo positiv. Die Sprache ist ungestört. Nach einer Silbersalvarsankur, die mit länger dauernder Ruhe, gleichzeitigen leichten Übungen und mäßiger Massage verbunden wurde, tritt eine gewisse Besserung ein. Da die Patientin aber psychisch außerordentlich deprimiert war und dabei einem großen Haushalt vorstehen sollte, so hielt ich es für gerechtfertigt und notwendig, sie auch einer psychischen Behandlung zu unterwerfen, zumal der psychische Faktor bei vielen Symptomen offenbar sehr stark beteiligt war.

1. Sitzung: Sie erzählt, daß kurz nach dem Tode des Vaters die Krankheit begann. Dann bekam die Frau ihres älteren Bruders Platzangst. „Es wurde viel darüber gesprochen, und ich bekam sie auch, da ich dachte, man machte zuviel Umstände mit ihr.“ Ziemlich rasch kommt sie mit einigen Tatsachen, die sie sehr bedrückt haben, heraus. Sie habe als Kind und junges Mädchen längere Zeit onaniert und diese Krankheit und die jetzige Krankheit als Strafe dafür empfunden. Dann habe sie ihren Vater in seiner Krankheit einmal nackt daliegen sehen; das habe einen furchtbaren Eindruck auf sie gemacht. Sie habe auch daran die alten Schuldgefühle wieder angeknüpft. Sie stand mit dem Vater in gewisser Beziehung besonders gut, hat oft seine Partei genommen, da er sehr jähzornig und sehr erregbar war. Den älteren Bruder, der später in ihrem Bewußtsein offenbar an Vaters Stelle trat, liebt sie sehr und erklärt direkt, sie glaube, daß dieses Ideal sie verhindert habe, jemals ihrem Mann gegenüber sich so einzustellen, wie es zweckmäßig gewesen wäre.

2. Sitzung: Klagt heute über sehr intensive Schmerzen in den Beinen und vor allem in den Zehen, die sie von Zeit zu Zeit in den letzten Jahren immer wieder gehabt habe. Darauf eingestellt, erzählt sie von dem genannten Bruder, mit dem sie ein sehr intimes Verhältnis gehabt habe. Er sei oft abends noch zu ihr ans Bett gekommen. Als sie kürzlich körperlich Schmerzen hatte, kam der Gedanke: „Das ist der Bruder.“ Die Schmerzen seien sofort danach verschwunden. Gegen Abend habe sie dann nochmal furchtbare Schmerzen bekommen und dann angefangen, sich wieder darauf einzustellen, ohne aber etwas zu finden. In der Nacht Traum: Ich bin zu Hause in einer Straße. Ich sehe ein Mädchen, frage sie, wohin sie gehe. Sie sagt: „Zu Dr. Mohr.“ Sie trug einen Karton in der Hand, wie der, auf dem Sie mir den Verlauf der Nerven vom Gehirn zum Körper klargemacht haben. Ich sah aber nur einen Strich, der nach den Geschlechtsorganen führte. Dann klopfte es leise, und leise sagte eine Stimme: „Wach auf!“ Ich erwachte und hatte furchtbares Herzklopfen. Am Morgen mußte ich an mein Eheleben denken und sah ein, daß es aus Schuld und Sünde zusammengesetzt war. Schon in den ersten Tagen nach der Heirat war der Gedanke da: „Du bist nicht im Takte“ und immer das Gefühl, daß die kindlichen Sünden daran schuld seien. Mein Bruder hat dann auch einmal gesagt, solche Dinge, wie meine Erkrankung, kämen auch von sexuellen Exzessen. Dabei aber habe ich doch, wie mir dann im Anschluß

an diese Erinnerung einfiel, gerade mit diesem Bruder etwas erlebt, was mir für meine ganze weitere Entwicklung von großer Wichtigkeit zu sein scheint. Er hat mich einmal im Bade überrascht, als ich ein Mädel von 12 Jahren war und hat damals versucht, mit mir sexuelle Dinge anzustellen, und ich habe dauernd immer wieder, wenn ich ihn sah, daran denken müssen. Später habe ich diese Erinnerung allerdings vollkommen verdrängt und habe seit Jahrzehnten nicht mehr daran gedacht. Der Bruder ist mir immer meinem Manne gegenüber als Ideal erschienen. Er ist viel energischer und geschäftlich leistungsfähiger wie er und hat auch einen ganz anderen, festen Charakter.

3. Sitzung: Gestern große Differenzen mit ihrem Manne. Danach ist das Gehen wieder viel schwerer. Nachdem sie hier darüber aufgeklärt war, kann sie plötzlich besser gehen. Das erste Mal sei ihr der Zusammenhang zwischen seelischen Erregungen und der Gehstörung aufgefallen, nachdem sie die Szene mit dem Vater erzählt habe. Damals habe sie längere Zeit sehr schlecht gehen können, bis das endlich herauserzählt gewesen sei. Sie habe das Gefühl gehabt, durch diesen Gedanken direkt gehemmt worden zu sein. Das sei auch begreiflich; denn sie habe nach diesem Anblick des Vaters zwangsmäßig immer wieder den Tod des Vaters herbeiwünschen müssen, damit sie ihn nicht wiederzusehen brauche und diese schreckliche Vorstellung rascher verlieren könne.

4. Sitzung: Gestern sei sie nach der Erzählung betreffs des Vaters so frisch wie lange nicht mehr nach Hause gegangen. Auch sei ihr aufgefallen, wie stark die Schmerzen im rechten Ellbogen waren. Diese hängen mit dem Tode des Schwiegervaters zusammen, den sie gehaßt habe. Oft genug habe sie gedacht, es sei Zeit, daß er sterbe. Seit 2 Jahren, unmittelbar nach dessen Tode, habe sie diese Schmerzen im Ellbogen. „Als ich gestern daran dachte, kamen sie sofort wieder. Ich betrachtete sie als eine Art von Sühne. Sie verschwanden auch sofort, als ich mir das sagte." Sie ist dann für eine Woche zu Hause. Konnte zuerst glänzend gehen, dann kamen schlechtere Tage, die hervorgerufen waren durch eine zweifelnde Äußerung ihrer Schwägerin, ob die Behandlung bei mir einen Sinn habe. Sie habe dann starke Schmerzen in der linken Zehe gehabt und sich gesagt, das müsse mit ihrem Schwager zusammenhängen, dem Bruder und Teilhaber ihres Mannes, der unter seinem Stand geheiratet hat. Die Frau sei geradezu furchtbar. Sie hasse sie. Trotzdem sei sie eines Tages, als eine Abtreibungsaffäre dieser Schwägerin sogar ein gerichtliches Nachspiel hatte, öffentlich für sie eingetreten. Das habe sie schon damals sich nicht recht deuten können. Um diese Zeit hatte sie eine kleine Operation an dieser Zehe. „An demselben Tage hatte ich Bekannte von mir und die Schwägerin eingeladen und bekam eine Art Nervenschock als ich sah, wie sie von allen abgelehnt wurde. Im Jahre darauf bekam ich dieselben Schmerzen nach einer heftigen Szene mit dieser Schwägerin nochmal."

Ihr Ehrgeiz wurde durch eine andere Tatsache noch schwer gekränkt, nämlich, daß ihr Mann nicht in das Kasino der Heimatstadt aufgenommen worden war. Insofern sei ihr ihre Krankheit damals auch sehr willkommen gewesen, denn sie sei dadurch verhindert worden, sich gesellschaftlich zu betätigen und vor allem zu tanzen.

5. Sitzung: Ihr Vater habe sie mal mit dem Messer bedroht wegen eines ganz harmlosen Flirts und ihr damals zugerufen: „Du kommst noch einmal zurück mit einem dicken Bauch!" Sie habe sich darüber wochenlang entsetzlich gekränkt und noch mit 18 Jahren, als sie sich von einem Mann einfach habe küssen lassen, geglaubt, in Hoffnung zu sein und die feste Absicht gehabt, sich in den Weiher zu stürzen.

6. Sitzung: Am nächsten Tag klagt sie über Schmerzen in den Ohren. Sie wisse, daß es daher komme, daß sie vom Vater etwas Furchtbares habe hören müssen und sich jetzt wieder daran erinnert habe. Gestern sei sie auch auf das Gesäß gefallen, und zwar, ohne daß sie eigentlich wisse warum, denn sie sei nicht unsicherer gewesen wie sonst auch. Bei Einstellung darauf fällt ihr eine blonde Dame ein, die sie gestern bei mir gesehen habe und die ihre Eifersucht errege. Sie habe sich im Anschluß daran mit dem Gedanken beschäftigt, warum sie eigentlich ihrem Mann gegenüber sich so treu verpflichtet gefühlt habe und fühle selbst, daß diese Angst, moralisch zu fallen, sie gestern unsicherer als sonst gemacht habe. Sie sieht allmählich die Stärke ihrer Übertragung auf den Arzt ein und ebenso die daraus resultierende Eifersucht.

7. Sitzung: Erinnerung, daß sie am Totenbett des Vaters einen Lachkrampf bekam, daß sie sich damals zur Bestrafung gewünscht habe, daß sie ihr Leben lang krank bleiben müsse. Dann nochmalige Erinnerung an die Szene mit der Bedrohung durch den Vater. Sie habe kürzlich auch geträumt, er habe sie erdrosseln wollen. Dann tauchen noch allerlei andere Erinnerungen auf: Reise mit dem Vater nach der See. Ein Mann saß im Zug, der die Kleider nicht richtig geschlossen hatte. Sie schämte sich furchtbar vor dem Vater. Sie hat später in demselben Badeort zum erstenmal nach einem kalten Bad die Steifigkeit im rechten Bein gefühlt. Der Bruder hat sie einmal aufgefordert, den Bruder ihres Mannes zu heiraten. Sie sagte zuerst: „Nein." Ihr Bruder redete ihr aber dringend zu. Da sie bei der Weigerung blieb, verlobte sich dieser Mann 6 Monate später und 6 Monate darauf sie sich selbst mit seinem Bruder. „Ich heiratete meinen Mann also, um näher an den Schwager zu kommen, der mir vom Bruder empfohlen war, daher auch die Eifersucht auf die Frau des Schwagers."

8. Sitzung (2 Monate später): Das Knie macht ihr sehr viel zu schaffen, hat starke Schmerzen darin. Es fing an, als 14 Tage nach ihrem letzten Hiersein ein ihr anfangs sehr unsympathischer Tierarzt bei ihnen zu Besuch war. Dieser wurde ihr in demselben Maße sympathischer, als er sich mit ihr über Analyse unterhielt. Und sie ärgerte sich eines Tages sehr darüber, daß sie durch ihren Mann in einem solchen Gespräch gestört wurde. Zu den Schmerzen im Knie fällt ihr weiter ein, daß sie sich als Kind oft so sehr darüber erregt habe, daß der Vater, während er vor ihr saß, sich immer die Knie gerieben hat. Dann war kürzlich eine andere Dame, die auch an multipler Sklerose leidet und ebenfalls von mir behandelt wird, bei ihr und sprach viel von der Schwäche in ihrem Knie. Seither knickte sie immer um, bis der Herr abgereist war und ihre Schwägerin zurückkam (die sie also als eine Art von Schutz gegen die moralische Gefahr betrachtet). Es fällt ihr dann noch weiter ein, daß sie den Vater oft am Knie massiert habe und daß ihr Arm dabei lahm geworden sei.

9. Sitzung: Ist sehr stark verstopft, scheute sich aber bisher, mir davon zu sprechen. Sie hat mal einem jüngeren Bruder, als er 16 Jahre alt war, ein Klystier gemacht und mußte damals „furchtbar lachen", so daß der Bruder weinte. Auch fallen ihr Erinnerungen an den Vater ein, wie dieser immer schimpfte, wenn er das Klosett besetzt fand und dann allerlei Bemerkungen ihr gegenüber darüber machte. Sie hätte ihn in solchen Augenblicken erdrosseln können. Es sei ihr schon oft aufgefallen, daß sie gerade dann, wenn sie auf das Klosett gehe, so oft falle. „Offenbar hängt das auch mit den alten Erinnerungen an den Vater zusammen. Ich wollte immer dem Vater gefallen, habe ihm z. B. einmal 200 Mark, die die Mutter erspart hatte, gegeben, wäh-

rend sie doch rechtmäßigerweise die Mutter hätte haben müssen. Die anderen Kinder fanden das sehr schmutzig von mir."

10. Sitzung: Am nächsten Tag kommt sie und erzählt, daß sie unmittelbar nach der gestrigen Besprechung den heftigsten Drang gehabt habe, zum Klosett zu gehen, und daß ihr noch sonst allerlei vom Vater eingefallen sei.

11. Sitzung: Hat häufig Schleier über den Augen, morgens und mittags. Darauf eingestellt, erklärt sie: „Morgens will ich meinen Mann nicht sehen und mittags vor allem den mir entsetzlichen Schwiegervater nicht." Der Schleier trat zuerst unmittelbar nach dem Tode des Vaters auf. „Hätte ich doch nie den Brautschleier getragen. Ich wäre am besten ins Kloster gegangen." Diese Äußerung taucht ganz spontan in ihr auf.

12. Sitzung (1½ Monat später): Ihr Lieblingsbruder ist gestorben. Er hatte zuerst Schmerzen wie beim Hexenschuß, und sie selbst bekam, kurz, nachdem er ihr das erzählt hatte, furchtbare Schmerzen im Rücken. „Ich sagte mir: ‚Das sind Todeswünsche dem Bruder gegenüber,' und dann vergingen sie. Während dieser Zeit der Krankheit meines Bruders habe ich meinen Mann bewußt gehaßt und konnte ihn nicht mehr sehen. Ich ging einmal ins Krankenhaus, um den Bruder zu sehen, brachte es aber nicht fertig, in das Zimmer hineinzutreten, sondern sah ihn nur von ferne und legte dabei die Züge meines Mannes in sein Gesicht hinein (d. h. sie wünschte, daß der Mann an Stelle des Bruders stürbe). Während der ganzen Krankheitszeit des Bruders war ich die Ruhigste, auch während der Leichenfeier. Dagegen habe ich geweint bei dem Gedanken, er starb für mich, als er heiratete. Ich habe, als er gestorben war, gleich erklärt, daß ich wieder zu Ihnen fahren müßte. Aber dann kamen mir ganz unbegreiflich starke Widerstände dagegen. Ich sah ein, daß ich mich nicht weiter von dem Bruder durch Sie lösen lassen wollte. Die Schmerzen in der Zehe, die ich sonst nur bei dem Gedanken an den Vater hatte, hatte ich während der Krankheit des Bruders immer. Er hatte sich seiner Zeit beim Tode des Vaters sehr gefühllos gezeigt, und ich habe mich jetzt ihm gegenüber gefühllos erwiesen. Er hatte eine Lues. Ich selbst wurde zuerst immer gefragt von allen Ärzten, ob ich Lues gehabt hätte, dadurch bestand eine gewisse Ideenverbindung zwischen meinem Bruder und meiner Erkrankung. Die Krankheit fing bei mir zuerst mit Unfähigkeit, den Urin zu halten, an. Als der Bruder mich seinerzeit sexuell mißbrauchen wollte, hatte ich nasse Hosen, und in der Nacht, als er gestorben war, habe ich geträumt, ich hätte mein Bett naß gemacht. 1915 war mein Mann lange in Rußland. Ich war damals oft bei meinem Bruder und machte einst, als ich von ihm nach Hause kam, das Bett naß. Kürzlich hatte ich starken Husten nach einem Krach mit meinem Mann. Als er sagte, er wolle den Arzt holen, war der Husten wie weggeblasen. Die Mutter starb an Lungentuberkulose. Sie liebte den Bruder zärtlich. Er erkundigte sich immer, ob sie viel husten müsse. Ich habe also, als mich mein Mann kränkte, den Husten produziert, damit der Bruder sich für mich interessiere." Am Nachmittag desselben Tages kommt sie weiter mit der Mitteilung, sie glaube, sie sei krank geworden, weil ihr Bruder mit ihr nach der Heirat mit einem sozial minderwertigen Mann keinen Staat machen konnte und sie ihm dadurch, daß sie krank wurde, eine Entschuldigung gab, wenn er ihr keine Einladung zu seinen Gesellschaften zugehen zu lassen brauchte. Einmal in einer fremden Gesellschaft kam der Bruder an ihr vorbei, als ob er sie nicht gesehen hätte. „Nachdem ich meinen Bruder im Krankenhaus besuchte und ihm die Züge meines Mannes unterlegt hatte, hatte ich 8 Tage lang im Gegensatz zu vor-

her, keinen Schleier vor den Augen. Beim Gedanken daran kam mir plötzlich eine Erinnerung: Als ich jung verheiratet war, kam mein Bruder zu Besuch zu uns. Er war ganz lustig, wir tranken Sekt, und es war spät geworden. Mein Bruder war wieder zärtlich wie früher zu mir." In der Nacht darauf Bettnässen. Der Bruder habe ihr übrigens auch einmal gesagt, ihr Mann habe wohl eine Syphilis und sie habe daher ihre Rückenmarkskrankheit. Am Tage, wo der Bruder beerdigt wurde, hatte sie nach langer Zeit wieder normalen Stuhldrang und Stuhl. Das dauerte mehrere Tage. Als ihre Schwester, nachdem sie den Bruder kurz vor seinem Tode besucht hatte, gesagt hatte: „Seine Augen gefallen mir gar nicht mehr," war sie den Nachmittag über fast blind. Sie freue sich manchmal darüber, daß der Bruder, der Mitwisser ihres Geheimnisses, gestorben sei, und sie wünschte, daß auch jetzt der zweite Mann, der darum wisse, nämlich ihr Ehemann, sterben würde.

13. Sitzung: Ihre Mutter hätte einmal in F. zum Arzt gehen sollen, habe es aber trotz ihres Vaters Wunsch nicht getan. Sie kam später nach L. in die Lungenheilstätte und schrieb dann von dort aus, sie habe Blutspucken gehabt. „Die Schrift war genau so schlecht, wie ich heute schreibe. Wir fuhren dann dorthin und fürchteten, sie sei gestorben, vielleicht hoffte ich das auch im stillen. Ich blieb 2 Monate dort und tat vieles, was Mutter nicht gefiel, habe mich ihrer Ansicht nach zu wenig um sie gekümmert und mir später darüber Vorwürfe gemacht." Sie kommt dann nochmal auf den Husten während der Krankheit ihres Bruders zu sprechen, den sie offenbar produziert habe, weil sie der Mutter ähnlich sein und so von ihm geliebt werden wollte, wie er die Mutter liebte. „Als ich zu ihm ins Krankenhaus fuhr, wollte ich Mutter bei ihm spielen. Ich nahm auch gleich den Hut ab, um der Mutter ähnlicher zu sein. Ich bin aber doch nicht zu ihm hineingegangen, weil ich dachte, er würde sich durch den Gedanken erschrecken, es sei offenbar etwas Schlimmes bei ihm, weil ich käme. Auch als mein Mann Coitus per os von mir haben wollte, hustete ich, und als ich Ihr Verbot ihm gesagt hatte, war der Husten weg."

Traum: Die Türe vom Zimmer ging auf, meine Schwester kam herein mit einem Jungen im weißen Kieler Anzug. Ich fragte meinen Mann: „Was ist das für ein Junge?" Beim Erwachen kam mir die Erinnerung an einen jungen Vetter, der mich mit 11 Jahren auf einem Spaziergang „aufklärte", indem er mir sagte, die Kinder kämen durch den Nabel heraus. Es war mir sehr peinlich, weil er nachher wegen Unsittlichkeiten überall von der Schule gejagt wurde. Er hat uns auch öfters unter die Röcke gegriffen. Als meine Krankheit anfing, waren die Bauchmuskeln zuerst ganz gelähmt. Ich dachte damals, es wäre Strafe wegen dieser Reden des Jungen über den Bauch und wegen der damaligen Äußerung des Vaters.

14. Sitzung: Kommt heute unter sehr großen Schwierigkeiten zur Sprechstunde. Ihr Mann habe sie auf der Straße kaum vorwärts gebracht, und einmal sei sie zusammengeknickt. Sie beschäftige sich nämlich immer wieder mit dem Vater, mit ihrem Verhältnisse zu ihm und ebenso mit dem Bruder und habe in der Nacht eine Reihe von Träumen gehabt, die ihr das nahelegten. Sie sei sich klar darüber, daß das schlechte Gehen heute morgen mit ihrem Wunsch, nicht darüber berichten zu müssen, im Zusammenhang stehe. Nachdem sie darüber berichtet hatte (es sind im wesentlichen die bereits früher erwähnten Dinge, nur daß sie diesmal im Zusammenhang mit viel größerem Affekt vorgebracht werden, weil sie diese Zusammenhänge erkannt habe), geht sie verhältnismäßig sehr sicher und ohne die geringste Neigung

zum Einknicken weg und hat auch am Nachmittag eine verhältnismäßig sehr gute Leistungsfähigkeit.

15. Sitzung: Nach 3 Wochen kommt sie wieder und erzählt, daß die Stimmung sehr wechselnd und daher auch die Zustände in körperlicher Beziehung sehr wechselnd seien. Gestern in C. auf der Bahn beim Gedanken daran, daß sie zu mir komme, heftiger innerer Widerstand, konnte auf einmal nicht mehr gehen. Heute früh und beim Aufstehen dagegen sehr gute Gehfähigkeit, jetzt unmittelbar vor dem Hereinkommen in die Sprechstunde auffallend schlecht. Der innere Konflikt zwischen der Liebe zu ihrem Bruder und der Tendenz, sich an den Arzt anzuschließen, der von dem Bruder, weil der Arzt Deutscher sei, abgelehnt wurde, sei oft sehr stark, und je stärker er sei, um so schlechter ihr gesamter körperlicher Zustand.

In der Zwischenzeit ist sie für mehrere Wochen zu Hause. Es geht ihr im ganzen schwankend. Einmal schreibt sie einen verzweifelnden Brief über ihre zunehmende Unsicherheit im Gehen. Auf meinen schriftlichen Zuspruch und die Aufforderung, wieder einmal sich vor Augen zu führen, was dieses Verhältnis zum Bruder für sie bedeutet habe, und ob nicht auch ein Wunsch, nach hier zu kommen, dahinter stecke, geht es ihr, wie sie mir mitteilt, sofort sehr viel besser. Sie kommt in einem verhältnismäßig guten Zustand wieder hier an.

16. Sitzung: Sie hat in letzter Zeit öfters offensichtlich organisch bedingte Urininkontinenzerscheinungen. Sie scheut sich aber, spontan darüber zu sprechen und läßt mir die Tatsache durch den Mann mitteilen. Aufgefordert, die Ursache dieser auffallenden Scheu mitzuteilen, erzählt sie, diese Störungen seien schlimmer geworden, nachdem sie in einer Nacht eine Anzahl kindlicher Erinnerungen gehabt habe: ein Schrecken mit 4 Jahren über die Leute, die, als Zigeuner maskiert, eines Tages plötzlich in ihr Zimmer kamen. Dort, wo die Leute wohnten (es waren Angehörige des Bruders ihres Vaters), roch es immer sehr stark nach Kindern. „Ich sah dort einmal ein kleines Mädchen onanieren. Ich glaube, daß dieser Anblick des Onanierens zusammen mit dem schlechten Geruch die Abwehr gegen das Urinieren und das Sprechen darüber hervorgerufen hat. Ich habe in meiner Kindheit immer gedacht, kein Mensch sei so schlecht wie ich."

17. Sitzung: Sie traf heute beim Herausgehen aus meinem Hause meine Frau. Dabei konnte sie plötzlich nicht mehr laut sprechen. Das passiere ihr jetzt sehr oft. Sie bemerke aber jedesmal irgend einen seelischen Zusammenhang.

18. Sitzung: Nach 4 Monaten Pause wieder hier. Der Gang ist erheblich schlechter. Nur kürzlich, als ihr Mann ihr mal etwas zu Liebe getan habe, habe sie ganz auffallend gut gehen können. In der letzten Zeit sind auch starke Störungen der Verdauungstätigkeit vorhanden. Sie leidet vor allem viel unter Verstopfung. Auch dabei ist die organische Komponente offenbar das wesentlich Auslösende, aber psychische Faktoren wirken beständig aufs stärkste mit herein. Denn nachdem ihr eine Reihe von Erinnerungen aus der Kinderzeit gekommen waren, z. B. wie der geliebte Bruder und ihre Schwester jedesmal, wenn sie aufs Klosett gegangen sei, eine Zeitlang mit einer Katze hinter ihr hergelaufen seien, ferner Erinnerungen an das Verhalten ihres Vaters, wenn sie auf das Klosett ging, und weiter einige Erlebnisse masturbatorischer Art, geht die Stuhlentleerung wesentlich besser. Ebenso wirkte eines Tages, als sie wieder keinen Stuhl gehabt hatte, die Erkenntnis, daß sie dadurch ihren Mann verhindern wollte, mit einer Kusine

auszugehen, die ihr unsympathisch war, alsbald im Sinne einer Aufhebung der Hemmung.

Überblickt man den Fall im ganzen, so ist es unzweifelhaft, daß eine schwere organische Erkrankung des Rückenmarks durch seelische Faktoren in ihren Auswirkungen dauernd aufs stärkste in positiver wie in negativer Hinsicht beeinflußt wird. Abgesehen von der Wirkung auf die Grundstimmung, die die Psychoanalyse hatte und die die Kranke befähigte, ihrer Erkrankung ganz anders als vorher gegenüber zu treten und trotz derselben für ihre Umgebung nicht mehr eine Qual, sondern eine stete Hilfe zu sein, an die sich alle zu wenden pflegen, hatte die Behandlung zum mindesten die Bedeutung, daß sie eine Reihe organisch bedingter Symptome zeitweise in ihrer Wirkung wesentlich beschränkte und der Kranken dadurch lange Zeit ein leidliches Wohlbefinden gab. Wie weit jeweils in den einzelnen Phasen der Erkrankung irgend eine tatsächliche Beeinflussung der organischen Prozesse auf psychischem Wege geschehen ist, läßt sich ja selbstverständlich nicht entscheiden; aber nach allem, was wir sonst von organischen Wirkungen der Analyse im Sinne von Aufhebung von Hemmungen und Einschaltung von Anregungen wissen, muß die Möglichkeit zum mindesten offengelassen werden. Selbstverständlich ist vielfach bei den eigenen Erklärungen psychologischer Art, die sich die Kranke selbst beim Auftreten bzw. bei der Verstärkung von Symptomen gab, nicht die Erklärung, die natürlich oft äußerst fragwürdig war, sondern die Suggestion das Wirksame gewesen; aber die Tatsache der psychischen Beeinflussung an sich wird dadurch nicht aufgehoben. Der naheliegende Einwand, daß bei dem sprunghaften Wesen der multiplen Sklerose die Besserungen und Verschlechterungen oft einfache Wirkungen des wechselnden organischen Prozesses gewesen seien, trifft sicher für viele der mitgeteilten Zustandsänderungen zu; für eine ganze Reihe derselben war aber der Zusammenhang mit psychischen Vorgängen so klar, daß an deren Einwirkung nicht gezweifelt werden konnte. Jedenfalls scheint es mir für die Erkenntnis der Beziehungen zwischen Physischem und Psychischem sehr wichtig, daß wir gerade in solchen, an sich schweren organischen Fällen diesen Beziehungen an einem möglichst umfangreichen Material nachgehen.

Der Fall ist übrigens auch deshalb noch lehrreich, weil er zeigt, wie vorsichtig man bei der Beurteilung scheinbarer psychoanalytischer Erkenntnisse und ihrer scheinbaren Wirkungen sein muß: hier ist stärkste Kritik am Platze.

Hautkrankheiten.

Frau E. R. aus B. Von klein auf sehr reizbare Haut, hatte leicht Juckreiz und Abblättern der Haut. Seit ihrer Verheiratung rapide Steigerung der Hautstörung. Diese zeigte sich gleich nach der Hochzeitsreise. Mit

Schwefel innerlich behandelt, was im Sanatorium ihr gut bekam, aber sofort nach Rückkehr in den Ort, wo ihr Mann wohnte, wieder vermehrte Hautbeschwerden. An der Ostsee ging es dann wieder einige Zeit gut, doch war sie sehr nervös. Unmittelbar nachher stellten sich „Wasserpocken" ein, die aber stark eiterten. Dann Schwangerschaft und Fehlgeburt im 4. Monat. Während der Schwangerschaft sehr starke Hautbeschwerden, auch seelisch sehr herunter. Dann Brustoperation, längere Zeit sehr angegriffen, Wunde geeitert. Mit Eintritt der Periode nach der Schwangerschaft wurde die Haut wieder besser. Während Bettruhe und Abwesenheit des Mannes war es darauf weiter einige Zeit wieder ganz gut. Sie selbst führt die ganze Hautstörung darauf zurück, daß es beim Sexualverkehr noch nie zu einer eigentlichen Befriedigung bei ihr gekommen sei. Sie verschaffe sich diese Befriedigung auf andere Art, indem sie sich mit Taschenmesser, Nagelfeile oder auch nur mit den Fingernägeln an den Vorderarmen kratze. Sie habe dabei eine Art sexuelle Entspannung. Objektiv: große allgemeine Erregbarkeit, gesteigerte Reflexe, lebhaftes Lidflimmern, leichtes Zittern der Hände. Die Haut der Vorderarme und der Hände ist in einem stark entzündlichen Zustande, stellenweise die Oberhaut erheblich verdickt, zahlreiche, zum Teil noch blutige Kratzeffekte. Auch am übrigen Körper, besonders am Bauch, sieht die Haut ähnlich aus. Dermatologische Diagn.: Chronisches Ekzem. Patientin gibt an, sie sei schon als Kind immer sehr erregbar gewesen, nachts oft aus dem Bett gelaufen. Bis zum 4. Jahre war sie allein, dann kam der erste Bruder. Sie habe immer wieder 2 Träume geträumt: 1. es legt sich eine Hand auf das Kopfende meines Bettes, wie wenn sie mich erwürgen wollte. Ich hatte dann immer große Angst und wachte dann schweißgebadet auf. 2. Immer sah ich Schlangen, die auf mich zukamen, auch als ich noch nie eine Schlange in Wirklichkeit gesehen hatte. Zum erstenmal habe ich dieses Traumerlebnis im Harz gehabt mit 7—8 Jahren. Ich hatte dort einen Kameraden, der mich zwang, allerlei Tiere anzufassen und mancherlei Schmerzen auszuhalten. Es war mir ein Vergnügen, es zu tun, um nicht zu zeigen, daß ich Angst hatte. Er quälte mich von morgens bis abends bis aufs Blut mit Einbohren der Nägel ins Fleisch, Boxen in die Magengegend, Proben, ob ich schwindelfrei sei usw. Ich halte jetzt lieber noch alles aus, ehe ich das geringste Zeichen von Schmerz zeige. Als ich zum erstenmal nach der Verheiratung das Genitale meines Mannes sah, faßte mich wieder die Angst vor der Schlange. Den Eltern gegenüber wäre ich immer sehr gerne zärtlich gewesen, konnte es aber nie. Am nächsten stand mir ein Onkel mütterlicherseits. Er hat nach einem Krach mit dem Vater unser Haus nicht mehr betreten, was auf mich einen sehr großen Eindruck machte. Er kam später nie mehr ins Haus. Einer meiner jüngeren Brüder war in allem das Gegenteil von mir, strahlend, konnte sich immer aussprechen, war bei Vater und Mutter sehr beliebt. Ich spielte anfangs sehr gerne mit ihm, wir liebten uns sehr. Ich fühlte mich doch sehr vernachlässigt von den Eltern und sprach infolgedessen mit den Eltern nie über innere Angelegenheiten. Beide Eltern sind im Gegensatz zu meiner etwas phantastischeren Art sehr realistisch. Eine Anzahl von Kinderfräuleins, die wir hatten, unterstützte mich in meiner Eifersucht diesem Bruder gegenüber. Vor der Periode und während der Periode sei das Jucken immer stärker gewesen. Mit ihrem Manne stehe sie sehr gut. In der Verlobungszeit sexuell stark erregt. Wenn ihr Mann sie streichelte, war es ihr sehr angenehm. Bei dem ersten Verkehr zuerst großen Ekel vor der „Schlange", nachher enttäuscht, hatte im Grunde immer Angst vor dem Akt. Hinterher jedesmal das furchtbarste

Hautjucken, große Trauer und Weinen oft tagelang hinterher. Es schmerzt sie immer.

Hier geht es ihr gut, weil sie in Ruhe gelassen werde. Die Stadt, wo ihr Mann wohnt, haßt sie. Auch die Verwandten ihres Mannes reizten sie zum Teil sehr stark. Die Familie ihres Mannes sei ziemlich groß, ihre eigene immer sehr klein gewesen.

Beim ersten Hypnoseversuch gerät sie in einem somnambulen Zustand hinein, fängt an zu stöhnen und zu weinen und erklärt nachher, sie habe sich wie in der Narkose gefühlt, und die Narkose sei das Schlimmste, was es gebe. Sie habe sie schon mehrmals durchgemacht. Es sei ihr noch nicht klar, was das Schreckliche daran sei.

Bei der 2. Sitzung erzählte sie von einer Freundschaft mit einer Freundin. Sie hätten sich einige Male nackt ausgezogen und sich gegenseitig angesehen, sonst sei aber nichts passiert. Mit 14 Jahren habe sie, nachdem sie vorher wesentlich nur Indianergeschichten genossen habe, Schriften von modernen Schriftstellern in die Hand bekommen, die die Eltern verschlossen gehalten hätten. Darüber großer Ekel, daß diese Leute so gemein seien und doch so scheinheilig. Großer Ekel vor allem Sexuellen. Dann kam ganz plötzlich eine Sinnesänderung bei ihr zustande, in dem Sinne, daß alles schön aufgefaßt werden könne. Sie wurde dadurch ein ganz anderes Weib als vorher, wo sie nur immer Mann sein wollte. Dagegen sei die Freundin auch jetzt noch fast ausschließlich Mann. Sie habe keine näheren Beziehungen mehr zu ihr. Den Onkel hat sie mehr geliebt als die Eltern. Einige Zeit bekam sie, weil sie sehr trotzig war, alle paar Wochen Prügel, wobei der Vater sie hielt und die Mutter schlug. Sie hatte immer hinterher die Befriedigung, daß sie nun wieder ihre innere Wut und Haßeinstellung gesühnt hätte. Nach dem sexuellen Verkehr habe sie auch immer das Gefühl der Bedrückung und des Unrechts. Sie habe außerdem dabei immer das Gefühl eines starken Protestes gegen das Sichunterwerfenmüssen. Trotzdem sei während ihrer Verlobung das Sexuelle der einzige Inhalt ihres Denkens gewesen.

In der nächsten Sitzung gibt sie eine ausführliche Darstellung der Mißempfindung, die ihr die Kälte verursacht im Gegensatz zu dem Wohlgefühl, das sie bei äußerer Wärme empfinde. Sie fühle sich durch Kälte auch innerlich, also seelisch, stark erkältet. Sie fühle auch mir gegenüber, sobald ich irgend eine Äußerung tue, die sie verletze, eine ausgesprochene Kälte. (Man beachte hier die Tendenz zur Projektion sexueller Mißempfindungen in die Haut.) Übrigens lasse sie sich sehr ungern von anderen, also auch von mir, helfen. Außerdem fühle sie ganz deutlich, daß sie mir gegenüber dieselbe Doppeleinstellung habe wie bei den Eltern, speziell dem Vater gegenüber, Haß und Liebe kämpften miteinander um die Herrschaft.

In X. war sie sehr befreundet mit einem jungen Ehepaar. Während dieser Zeit hatte sie dauernd Todesangst vor Einbrechern, war also sexuell offenbar stark erregt. „Mir machte es Freude, die Frau zu bemuttern, freundete mich dann mit dem Mann noch mehr an wie mit ihr. Ich beherrschte mich aber, hatte indessen doch immer das Gefühl, wieder einmal als Außenseiter neben dem Glück der anderen zu stehen. Ich verlobte mich kurz darauf. Ich habe gestern zum erstenmal bei einer musikalischen Matinee daran gedacht, daß einmal beim intimsten Zusammensein mit meinem Mann die Erinnerung an den anderen auftauche. Als ich meinen Mann kennen lernte, hatte ich sofort das Gefühl, dieser oder keiner macht dich glücklich. Das war mir zunächst in seinen Ursachen unverständlich. Ich bin jetzt noch mit dem Ehepaar be-

freundet." Während dieser Erzählung bekommt sie im ganzen Gesicht rote Flecke und erklärt dann, sie habe sie immer nach dem Verkehr mit ihrem Mann bekommen, wenn sie an den anderen gedacht habe. Sie habe dann wohl Schuldgefühle, wenn auch kindlicher Art, gehabt und sei sich überhaupt der infantilen Bedingtheit dieser Gefühle klar bewußt. Nachmittags desselben Tages erzählt sie weiter, daß ein Verwandter sie sehr geliebt habe, sie habe das nicht erwidert, sei aber seither ihm gegenüber nicht mehr unbefangen. Schon früher ging ihr die Luft aus, wenn er herein kam. Ihr „Typ" sei: er müsse intelligent sein, nicht zu farblos, Rasse haben, über ihr stehen in irgend einer Hinsicht. An einem der nächsten Tage Traum: Ich massiere ihr den Kopf, dann war es wieder ihr Mann, dann küßte sie ihn, dann war es wieder ich, und so ging es längere Zeit weiter. Es wird ihr daran das Wesen der Übertragung klar gemacht. Am nächsten Tag erzählt sie, daß sie gestern im Anschluß an diese Traumerklärung einen Dämmerzustand durchgemacht habe, der ihr klar gemacht habe, wie stark diese Wunschregungen in ihr seien. Am nächsten Tag träumt sie, sie würde nochmal an der Brust operiert, hatte eine große Abneigung gegen den Arzt, vor allem gegen die Narkose. Er machte eine Chloräthylnarkose. „Ich hatte rasende Angst, ich könnte in der Narkose aufwachen, was mir schon mal passiert ist. Die Narkose reizt mich wahnsinnig." Der Sinn dieses Traumes, nämlich Widerstand gegen mich, Versuch, mich als Arzt abzuweisen, Wunsch, in der Bewußtlosigkeit etwas Wunschgemäßes (und infolge der Bewußtlosigkeit Schuldloses) zu erleben, daher Angst aufzuwachen, wird ihr klar gemacht. Sie kommt im Verlauf der nächsten Tage dann auf ihre verschiedenen Krankheiten und Operationen zu sprechen. Auf der Hochzeitsreise habe sie einen starken Blasenkatarrh gehabt, dann eine Art von Blutvergiftung, habe stark abgenommen, habe sich dann an einen anderen Ort begeben müssen, wo sie zuerst 4 Wochen lang geschlafen habe. Dann aber genoß sie die Sache, rodelte wild, dachte nicht mehr an ihre Ehe. „Bei meiner Rückkehr nach Hause legte sich der Mann mit Lungenentzündung, ich hatte wieder starke Hautstörungen, dann eine 2. Fehlgeburt. Hierauf gingen wir 4 Monate auf Urlaub. Dann bekam ich ein Ekzem, dann Fehlgeburt und Ausräumung, dann Brustoperation. Ich verschluckte mich einmal, die Naht riß auf und eiterte. Bei der Rückkehr aus dem Krankenhaus bekam ich wieder ein Ekzem (vielleicht Primelausschlag), nahm dann zufällig (?) zuviel Veronal (statt eines anderen Beruhigungsmittels), dann Morphium und Pantopon wegen Schlaflosigkeit." Es wird ihr nunmehr die ganze Reihe von Erkrankungen in ihrer Bedeutung als Abwehr gegen den Mann und namentlich gegen dessen ganze Sippe gezeigt. Sie erwidert darauf: „Ja, ich hätte vielleicht zuerst etwas mehr Zeit haben müssen zwischen der ersten und zweiten Liebe, und ich hätte manches, was mich in dem Milieu schwer reizt, vermeiden müssen." Sie habe sich allerdings die redlichste Mühe gegeben, mit den Schwierigkeiten der Ehe fertig zu werden. Sie tut in diesem Zusammenhang den Ausspruch: „Jedenfalls will ich in diesem Milieu kein Kind haben, denn ich kann mir nicht denken, daß ich daran große Freude haben könnte." Dabei hat sie aber große Sehnsucht nach Kindern.

Am nächsten Tag kündigt sich der Mann an. Es tritt sofort heftiges Jucken in der Haut auf. Einige Tage mit ihrem Mann zusammen bei den Eltern in B. Hatte morgens nach der Rückkehr zuerst ein sonderbares Erythem unter dem rechten Auge, nachmittags Angst vor „Primelausschlag", den sie immer bekomme, wenn sie von Hause wieder zu ihrem Manne zurückkehre. Sie identifiziert in diesem Fall offenbar den Arzt und den früheren

Geliebten, denn sie fügt sofort hinzu: „Ich kann von hier nicht los, wie ich früher von dem anderen nicht losgekommen bin.“ Sie habe darüber eine Art schlechten Gewissens, aber sie sehe ein, daß es Unsinn sei, weil es nur eine vorübergehende, psychologisch ihr völlig verständliche Erscheinung sei. Sie strenge sich immer viel zu sehr bei allem an und komme gerade deswegen nicht davon los. Dabei habe sie schon als Kind doch immer das Verbotene getan und sich dann immer wieder vor dem Verbotenen gefürchtet und sich krankhaft angestrengt, es zu vermeiden. Dann fallen ihr Erinnerungen an Erzählungen ihrer Mutter ein, wie sie als ganz kleines Kind zum allererstenmal ein Ekzem gehabt habe, das einige Monate dauerte. Dann sei längere Jahre nichts mehr gewesen bis zu dem ersten Schuljahr, wo kleine Stellen am Ellbogen aufgetreten seien. Das Haar sei dann auch gar nicht mehr gewachsen. Sie habe damals auch gekratzt, Nägel gekaut und Finger gelutscht. Nach dieser Erzählung geht es einige Tage auffallend viel besser, nur der Ekel vor dem männlichen Organ sei noch unverändert. Dabei erinnert sie sich daran, wie viele falsche Vorstellungen ihr speziell von ihrer Mutter darüber früher eingeprägt worden seien. Es habe sich für sie mit der Vorstellung eines selbständigen gräßlichen Wesens verbunden. Darauf eingestellt, gibt sie weiter an, das Fühlen sei ihr nicht unangenehm, nur das Sehen. Als sie es zum erstenmal gesehen habe, sei es mit all ihren Empfindungen vorbei gewesen. Vorher habe ihr Mann sie immer gestreichelt, das sei ihr immer sehr angenehm gewesen. Nach dem optischen Eindruck aber habe sie auch beim Streicheln nie mehr etwas gefühlt. Es fällt ihr darauf wieder der Junge ein, der sie mit 7—8 Jahren zu quälen pflegte. Haß, Liebe, Bewunderung rangen damals in ihr um die Palme. „Wir hielten uns gegenseitig den Hals zu, verdroschen uns, verdrehten uns die Handgelenke; er verbot mir, über einen Spielplatz zu gehen, legte mich dann an die Hundekette in einen Hundezwinger. Dann mußte ich für den Sieger Kränze winden. Dann verdroschen wir uns wieder. Jeden, mit dem ich zu tun habe, hasse, liebe, verachte, bewundere ich.“ Dann kommen allerlei Betrachtungen über die viel größere Schönheit der Mutter. Am nächsten Tag: es sei ihr wieder einmal alles meilenfern, sie sei gänzlich gleichgültig gegen alles. Man muß immer seine Augen aufreißen, daß man überhaupt etwas sieht. Das alles stamme vom Abend vorher, wo sie mit ehrbaren Leuten in einem Restaurant gesessen habe und der Gegensatz zu der wunderbaren landschaftlichen Umgebung, ihren wilden, unerfüllbaren Wünschen und diesen Menschen in ihrer Primitivität so groß gewesen sei. Es sei auch getanzt worden. Sie sei sich vollkommen darüber klar, daß der Tanz im wesentlichen eine sexuelle Bedeutung gehabt habe. Sie tanze aber nur mit dem gern, der am meisten tanzt. Gewisse Männer reizten sie stark, aber sobald sie sich mal mit ihnen geküßt habe, könnte sie sie nicht mehr sehen. Mit der Freundin habe sie seinerzeit alle Männer verachtet. Zum erstenmal habe sie sich mit etwa 17 Jahren den Hof machen lassen. Von da an sei sie zuerst auf Männer aufmerksam geworden. Lange Jahre habe sie eine Freundschaft mit einem Jungen verbunden, mit dem sie von Kindheit auf zusammen war. Es sei aber ein rein geistiges, sozusagen wissenschaftliches Verhältnis gewesen. Zu der Zeit, wo ihr Vater eine schwere Depression gehabt habe, habe sie sich im Harz in einen Mann im Alter des Vaters verliebt; habe damals auf der Rückkehr ebenfalls eine Depression bekommen. Darauf sei eine ganze Reihe von Flirts mit mehr oder minder weitgehenden körperlichen Berührungen erfolgt. Im Jahre ihrer Verlobung habe sie sich an der See in einen jungen Ehemann verliebt, sich dann einige Zeit darauf mit ihrem Mann verlobt. Dazwischen habe immer

die Sache mit dem einen Freund in B. gespielt. Es wird ihr im Anschluß daran die Abhängigkeit ihres ganzen Liebeslebens vom Vater, das beständige Suchen nach dem Vater bei zahlreichen anderen Männern und die immer wieder erfolgte Verdrängung der erotischen Regung auf Grund der Liebe zum Vater gezeigt. Einige Tage darauf fährt sie zu ihrem Mann, pflegt Verkehr mit ihm. Diesmal keinerlei unangenehme Folgen, der Verkehr geschah aber ohne Gefühl. Die Familie hat sie diesmal gar nicht mehr gereizt. Auf der Rückfahrt wieder Nesselausschlag auf der ganzen Haut. Das bekam ich zum erstenmal letztes Jahr. Wir fuhren auf das Gut der Eltern. Dasselbe trat dann ein bei der Rückfahrt und bei verschiedenen anderen Fahrten. Auf die erste Fahrt, bei der dieser Nesselausschlag erfolgte, eingestellt, sagte sie, sie wisse ganz genau, daß die ganze Fahrt ohne Ereignis verlaufen sei. Nur sei sie gespannt gewesen, ob die Eltern die Rücksicht hätten, ihr einen Wagen zu schicken. Sobald sie bei den Eltern gewesen sei, kam die erste Fehlgeburt. Nach dieser Erzählung war sie etwa 2 Monate von hier abwesend. Sie sei nach der Abreise von hier zunächst ziemlich zusammengeklappt, habe das aber durch allerlei äußere Umstände zu begründen versucht, während es doch offenbar nichts als Übertragung gewesen sei. „Denn es ärgert mich nichts maßloser, als wenn jemand Einfluß auf mich hat." Sie habe immer den starken Mann gesucht, aber sich ihm dann doch nicht unterwerfen wollen. Ihr Mann sei ihr zu nachgiebig gewesen. Auch habe sie die dauernde Bindung an einen Mann und das dauernde Zusammensein als eine Schande empfunden. Daß ihr Mann ihr gegenüber nicht aktiver war, habe sie ihm doch wohl schwer übel genommen. Schon als Mädchen habe sie den Wunsch gehabt, ein Junggesellenleben führen zu können. Trotzdem sei sie sehr an ihren Mann gebunden, aber, wie sie glaube, hauptsächlich deswegen, weil er so gut für sie sorge und ihr dadurch mehr als Vater wie als Mann erscheine. Zuerst habe sie gegen seine eigene Verwöhntheit gewütet, aber jetzt trage sie alles wie ein geduldiges Schaf. Am nächsten Tage kommt sie wieder mit Erythemflecken an der Haut des Gesichtes und des Halses und erzählt, sie habe einen Herrn auf der Straße gesehen, der dem Herrn in X. ähnlich war. Zur Zeit der Depression ihres Vaters sei sie furchtbar gereizt gewesen, sei den Eltern überall hin nachgefahren und habe auf der linken Bauchseite heftige Schmerzen gehabt, ohne daß ein objektiver Befund zu erheben war. Kurz nachdem sie von den Eltern weggefahren sei, habe ihr der Vater geschrieben, ob sie ihn nicht abholen wollte. Da habe sie plötzlich sehr heftige Schmerzen in der rechten Bauchseite bekommen. Man habe dann eine Blinddarmentzündung bei ihr konstatiert, bei der Operation aber nichts Bestimmtes gefunden. Damals engster Anschluß an eine Dame, die einen faszinierenden Eindruck auf sie machte. Zu jener Zeit habe sie, wenn sie irgendwo eingeladen war, Schmerzen im Leibe bekommen, jetzt dagegen diese Flecke im Gesicht. Wenn sie in Gesellschaft sei, habe sie immer Angst, in Abhängigkeit zu kommen. Es wird ihr das starke Anlehnungsbedürfnis an den Vater, die Sehnsucht nach Abhängigkeit von ihm, andererseits die Opposition und den Haß dagegen und ihre Abwehr gegen gesellschaftliche Abhängigkeit wegen der Neigung des Vaters zu gesellschaftlichem Verkehr gezeigt. Die Flecke sowohl wie die Schmerzen sind Sicherungen gegen die Nötigung, in Gesellschaft zu verkehren.

In den folgenden Tagen tritt plötzlich eine starke Hemmung in der Produktion ihrer Einfälle auf im Anschluß daran, daß ich ihr aus einer Krankengeschichte einiges erzählt hatte. Sie schäme sich so bei dem Gedanken, daß ich sie mit der betreffenden Kranken (die sie natürlich nie gesehen hatte!)

vergleiche. Sie rege sich oft so lange und furchtbar auf, daß sie in eine Art Dösen und Dämmern hereingerate, und dann habe sie Ruhe. Ich erkläre ihr das: sie will aus der Wirklichkeit in eine Phantasiewelt und bringt einen entsprechenden Zustand künstlich hervor. Sie erzählt hierauf, schon morgens beim Aufstehen habe sie das Gefühl: nur schnell, nur schnell, damit das Jucken nicht anfängt, und dann habe sie die Angewohnheit, zu tun, als ob sie sehr vergnügt sei und sei dadurch immer elender geworden. Tags darauf wieder „gähnende Leere" in ihr, sie denke nichts mehr, sie könne nichts mehr lesen. Fängt dann an zu erzählen, wie sie in einem Schweizer Ort unter allen Umständen habe auf die Berge steigen müssen, wenn sie jemand oben gesehen habe. So sei es auch mit ihrer Haut, sie werde immer wilder, wenn ihr Mann sie am Kratzen hindern wollte. Die Analogie zwischen beiden Zuständen wird ihr als Trotzreaktion klar gemacht. Sie quittiert darauf mit den Worten: „Wenn mein Mann da ist, habe ich immer das Gefühl, wenn er mich doch in Ruhe ließe, wenn du doch allein sein könntest." Beim Verkehr habe sie immer Schmerzen, trotzdem sie an und für sich Lust dazu habe. Da sie in den nächsten Tagen offensichtlich bemüht ist, den Arzt zu reizen, soll ihr gezeigt werden, was sie damit erreichen will, und es wird zu diesem Zweck ein kräftiger elektrischer Strom angewandt. Sie verfällt sofort in eine Art Dämmerzustand und ruft: „Immer tiefer, tiefer, es wird mir schwarz vor den Augen." Nachher erklärt sie heulend und wütend: „Das ist ja so gut wie die Hundepeitsche, auf diese Weise können Sie natürlich jeden zwingen." Sie verachte mich, sie verachte überhaupt jeden Zwang. Es wird ihr an ihrem Verhalten gezeigt, wie sie diese Zufügung körperlichen Schmerzes gewünscht habe und wie sie sich andererseits vor körperlicher Unlust in die Krankheit flüchtet.

Sie habe besonderes Jucken, wenn sie auf der Eisenbahn gefahren sei. Noch einmal darauf eingestellt, erzählt sie: „Als ich mich verheiraten wollte, kam meine Periode nicht. Ich ging zum Arzt. Er gab mir etwas. Ich hatte auf der Reise große Angst, durch den Verkehr könnte die Periode wiederkommen." Und daran habe sich dann die ganze Reihe von Erkrankungszuständen angeschlossen, über die oben berichtet wurde. Tags darauf erzählt sie, sie habe allerlei Beziehungen zwischen dem Wesen ihres Mannes und den Erinnerungen an ihr früheres Leben entdeckt. Zum Beispiel erinnere sie seine Sparsamkeit an Kindersorgen, weil der Vater sich immer viel Gedanken wegen des Durchkommens der Familie gemacht hatte. Auch erinnere sie die Weichlichkeit des Mannes an den Vater. Als Kind habe sie auch immer Wut über Vater und Mutter gehabt, weil der jüngste Bruder mehr ausgeben durfte als sie. Sie gerät darauf in eine große Erregung und bekommt wieder das Erythem an Gesicht und Hals. Unter heftigem Affekt bringt sie eine Reihe weiterer Klagen über diesen Bruder, über seine Verwöhnung durch die Eltern, über seine Neigung zum Klatschen vor, und daß sie schon, als er geboren wurde, enttäuscht gewesen sei, weil er nicht gleich etwas zum Spielen war. Später habe sie oft mit ihm im Bett gelegen, sie hätten sich gegenseitig gekniffen, und es habe sie später immer zum Teil wieder gereizt, sich von Jungens quälen zu lassen. Auch mit der Freundin habe sie sich gegenseitig gequält, um zu sehen, was sie aushalten könnten. Auch bei Operationen habe sie mit einer gewissen Lust zugesehen. Dann fallen ihr plötzlich Mißhandlungen durch ihr Dienstmädchen ein, die sie auf die Hände schlug und ihr drohte, sie totzuschlagen, wenn sie etwas davon sagte. Auch das Mädchen schlug mich nur aus Wut darüber, weil sie den Bruder nicht schlagen durfte. Sie habe aber immer gedacht, was ein

Junge aushalten kann, das kann ich noch lange. Vor der Geburt des Jungen habe der Vater sie immer als Jungen behandelt, und nachher sollte sie plötzlich Mädchen sein, was sie tief empörte.

Jetzt vielfach Ärger über einen Verwandten des Vaters und dessen Frau, was auch zu ihren Erregungen beitrage, da sie oft zusammenkommen müßten. Seitdem sie sich die Übertragung auf mich verboten habe, müsse sie immer an den Herrn in X. denken. Sie denke dann eigentlich nicht in dem Sinne daran, daß sie ihn liebe, sondern nur mit einem gewissen Lustgefühl darüber, daß er sie beeinflußt habe. Das sei auch bei ihrer Liebe zu Frauen so. Es sei ihr oft sehr unangenehm. Der Vater hat mich wahrscheinlich so beeinflußt, dann als Kind eine 2 Jahre ältere Freundin. Von ihr loszukommen, sei jetzt ihr starker Wunsch. Sie fährt dann strahlend fort: „Daß mein Mann keinen Einfluß auf mich hat, ist mir besonders erfreulich. Ich habe bei der Heirat gedacht: ‚Der läßt mich in Ruhe, das ist gut.' Ich fand es sehr viel bequemer, als wenn einer stärker ist als man selbst." Ich versuche, ihr daran zu zeigen, daß man nicht im Mann Brutalität, Kraft und Milde zugleich haben kann und daß es trotzdem möglich ist, mit einem in diesem Sinne nicht vollkommenen Wesen glücklich zu werden. Sie erzählt dann spontan, wie sie zuerst krampfhaft versucht habe, sich in den Arzt zu verlieben, weil sie das Gefühl gehabt habe, er müsse sie beeinflussen, um mit ihr fertig zu werden. Sobald sie aber das Gefühl gehabt hätte, daß ich in keiner Weise entgegenkäme, habe sie sofort versucht, sich die Lächerlichkeit solcher Empfindungen mir gegenüber zu zeigen und keine Gedanken an mich mehr aufkommen zu lassen. Auch an diesem Beispiel wird ihr die unbewußte Unwahrhaftigkeit demonstriert: sie fühlte die beginnende Übertragung, ihr Stolz ließ aber nicht zu, dies sich einzugestehen, und nachdem sie die Unmöglichkeit eingesehen hatte, auf der Seite des Arztes dasselbe zu erreichen, läßt derselbe Stolz die ganze Angelegenheit als Lächerlichkeit erscheinen. Es wird ihr von mir, nachdem sie in meiner Gegenwart sich in dem Augenblick gekratzt hatte, als ich ihr eine unerfreuliche Maßnahme der Franzosen erzählt hatte, zuerst eine franklinische Moxe auf die Hände gegeben; sie fängt sofort zu weinen an, läuft weg und erklärt nachmittags, solche Methoden könne sie nur verachten. Gibt dann aber weiter zu, offenbar habe sie sich daran erinnert gefühlt, daß die Mutter sie öfter geschlagen habe. Den Zusammenhang ihrer heutigen Reaktion mit dem Schlagen habe sie sich heute morgen nicht klar machen können. Nur das Gefühl habe sie immer gehabt, daß es ihr unmöglich sei, zu jemand Vertrauen zu haben, vor dem sie irgendwie kuschen müsse. Es fallen ihr außerdem die Erinnerungen an das Dienstmädchen wieder ein und Einzelheiten dazu. Am nächsten Tag erzählt sie im Anschluß an obiges weiter, daß sie sich früher nach Schlägen immer besonders wohl und frisch gefühlt habe, weil es ihr wohl gewesen sei, daß sie ihre Sühne hatte. „Später als ich sah, daß der Bruder nicht geschlagen wurde, wurde ich immer bockiger, besonders als mich das Dienstmädchen schlug und die Mutter nie zu Hause war. Ich wollte in der späteren Zeit den Eltern nicht mehr den Gefallen tun, mich als gedemütigt zu zeigen." Sie sei in den letzten Jahren immer in einer sinnlosen Wut herumgelaufen, habe ihrem Mann oft heulend irgend eine kleine dumme Kindergeschichte, aber offenbar nie im Sinne der Analyse wesentliche Dinge, erzählt. „Das Dienstmädchen schlug mich immer auf die Hände, und zwar jeden Tag ein paarmal. Ich log natürlich, um nicht geschlagen zu werden, dauernd, wenn ich irgend was kaputt gemacht oder sonst etwas Besonderes getan hatte. Sie war von meinem 5.—6. Jahre bei uns. Gegen die

Mutter war sie immer katzenfreundlich. Früher habe ich mich immer gerne ausgesprochen, ging deswegen auch gerne in die Schule, aber zu Hause hatte keiner Interesse für mich und daher sprach ich auch nie über etwas. Dagegen der Bruder mußte den Eltern immer über alles berichten. Später, wenn mein Vater sich mal mit mir befaßte, wollte ich nicht und bekam dann wieder Jucken. Nach Röntgen war das Jucken immer für Wochen ganz gut, überhaupt immer, wenn etwas Neues gemacht wurde. Später, als die Hautsache anfing, fingen Nägelkauen und Lutschen auch an. In den letzten Jahren ist meine Mutter rührend zu mir, aber ich kann es nicht vergessen wie sie früher war. Im übrigen ist sie eigentlich auch erst gut, seit ich von Hause weg bin. Sie hat auch jetzt sehr viel Zeit, nun bin ich ein willkommener Notpfropfen. Als die Kinderfräuleins, die mich immer bedauert hatten, weg waren, habe ich lange nichts getan als Leute geschädigt und geärgert, Obst geklaut usw." Sie erinnert sich noch einer kleinen Szene mit 4—5 Jahren, wo nachts gegen das Haus geklopft wurde. „Die Mädchen schliefen fest, waren nicht zu erwecken, die Eltern nicht da. Morgens ging ich zu meiner Mutter, konnte aber nicht hinein. Sie war nachts spät nach Hause gekommen, und es paßte der Dame also nicht. So gab es immer vielerlei, was ich gerne gesagt hätte, aber nicht sagen konnte." Sie habe oft gedacht, wie Abraham den Isaak geopfert habe, so opferten ihre Eltern auch sie. Auch beim Märchen vom Sterntaler habe sie jedesmal geheult. Sie habe immer, wenn ein Märchen nicht gut ausging, solange geheult, bis die Mutter ihr ein gutes Ende erzählte. Ich erkläre ihr an Hand dieser Tatsache die kindliche Tendenz, die allgemein menschlichen Brutalitäten des Lebens nicht anerkennen zu wollen, und betone die Notwendigkeit der Anpassung an das Gegebene. Sie müsse lernen, die Menschen als notwendige Gegebenheiten zu betrachten. Nur so könne sie dann über die Trotzreaktion wegkommen. Tags darauf ist der Mann hier. Der Verkehr ging die ersten beiden Male, wo sie an die Aufklärungen denken konnte, sehr viel besser, das letztemal aber wieder Krämpfe und nachher Hautstörungen. Es wird ihr daran die Tatsache zum Bewußtsein gebracht, 1. daß, sobald ihre Phantasie einen ihr gemäßen Gegenstand findet, körperliche Entladungsmöglichkeit vorhanden ist, 2. daß sofort darauf aber das Sündengefühl einsetzt und die Selbstbestrafungstendenz wieder den Krampf entstehen läßt. Wie stark in solchem Falle auch Kleinigkeiten wirken, geht aus ihrer Äußerung hervor, die ersten Tage sei ihr Mann ihr ganz fremd gewesen, besonders da der Friseur ihm die Haare ganz abgesäbelt hatte. Es sei ihr wieder klar geworden, daß mein Ausspruch, sie liebe eigentlich ihren Mann, weil sie ihn nicht zu lieben brauche, d. h. weil diese Liebe nichts Drängendes, Zwingendes an sich habe, sehr richtig sei. Als sie ihn kennen lernte, habe sie auch gedacht: „Bei dem kannst du eventuell gesund werden." Sie habe damals zum erstenmal in ihrem Leben das Gefühl gehabt: das ist ein Schritt zur richtigen Lebensführung, das erstemal, daß du etwas Vernünftiges tust. Sie kommt dann nochmal auf die Schaulust beim Ansehen der nackten Freundin zu sprechen. Sie hätten damals Arzt gespielt, indem sie sich überall untersuchten, außer an den Geschlechtsorganen. Besonders interessant hätten sie die Brüste gefunden. „Wir sagten uns merkwürdigerweise, obwohl wir beide in den Büchern alle möglichen Dinge darüber nachgelesen hatten, nicht, als wir die Periode bekamen." Sie habe den Bruder immer um sein Organ bedauert, das sie lästig gefunden habe. Es wird ihr die darin sich ausdrückende Neidtendenz wahrscheinlich gemacht.

Im Anschluß daran Aufklärung darüber, daß durch Beziehung zu der

Freundin ihre Aufmerksamkeit von den genitalen Teilen auf die übrige Haut abgelenkt und aufs Weibliche hingewiesen wurde, wobei der Neid auf das Männliche (Bruder) und die Identifizierung mit dem Vater mitschwangen. Sie erzählt hierauf: „Der Bruder der Freundin war ein Junge, wir beneideten ihn glühend darum, wollten auch Jungens sein. Meine Freundin noch mehr als ich. Wir suchten in jeder Kleinigkeit den Jungen zu imitieren. Sie war stark, quälte ihn, anerkannte seine Überlegenheit doch wieder. Ich selbst stand zu dem Bruder immer in einem Quälverhältnis. Er quälte mich mit Hauen und Treten. Er ist dumm und ungelenk. Wir wünschten beide, die Freundin und ich, von Hause wegzukommen und beneideten ihn auch darum, daß er infolge seiner Dummheit früh wegkam. Wir zeigten uns immer so häßlich wie möglich, zogen uns immer so schlecht wie möglich an, damit die Angehörigen nicht Staat mit uns machen konnten." Es handelt sich bei der Patientin hier offenbar darum, daß sie Rache dafür nimmt, nicht als Junge gezeugt zu sein, und die Hautaffektion wurde wohl auch mit in diesem Sinne verwendet, häßlich zu erscheinen und nicht als Weib zu imponieren.

Nach dieser Sitzung ist sie am nächsten Tage zum Weinen geneigt. Es kommt ihr so sinnlos vor, hier zu sein und sich immer wieder aufregen zu lassen, zumal sie doch nun in Hoffnung sei. Sie möchte gerne aus der Pension weg, sie wolle sich nicht so gebunden fühlen. Diese Reaktion wird ihr so gedeutet: die gestrigen Besprechungen haben das Unabhängigseinwollen, vom Vater (mir) loszukommen, die Enttäuschungen über mich als Vaterersatz wieder stärker aufleben lassen. Zudem hatte der Ehemann sie dadurch gereizt, daß er verlangte, sie müsse in der bisherigen Pension bleiben, und er hat dadurch ihren männlichen Protest wieder erregt. Es handelt sich also offenbar um ein Wiedererleben von Kindheitseinstellungen den Ereignissen des Daseins gegenüber. Nach dieser Erklärung heftigster Wutausbruch, man habe sie gequält von Kindheit an. Sie wolle ein Kind haben und solle sich doch darüber freuen, aber man könne doch nicht alles zusammen. In diesem Wutausbruch ist also eine Bestätigung meiner Aufklärung enthalten und zugleich der unbewußte Wunsch, nicht von dieser Einstellung loszukommen. In der folgenden Nacht hat sie einen Traum: „Ein kleines Mädchen wurde in Ihr Wartezimmer gebracht, konnte weder gehen noch sitzen, behauptete, es könne nur liegen. Sie kamen herein wie so ein ganz alter Professor (weißes Haar) und redeten mit dem Kind. Dieses wurde darauf interessiert und setzte sich. Darauf wurde ich wach." Assoziation: (Professor) „daß ich mal im Erzgebirge so einen Professor gesehen habe. Er hielt seiner Frau den ganzen Tag Vorträge in fachsimpelnder Art. Es war entsetzlich". (Kind) „weiß gar nichts, es machte mir wenig Eindruck". (Das Kind setzt sich auf) „es wird wohl trotz des Gequassels allmählich aufmerksam", lacht dabei. Deutung: sie ist das anfangs kranke Kind, das nur liegen kann, d. h. das nicht selbständig zu sein vermag. Der Professor bin ich. Sie verhöhnt mich (quasselig, fachsimpelnd, alt), um sich für die in der letzten Zeit ihr zugemuteten Selbsterkenntnisse zu rächen, hat aber trotzdem die Hoffnung, dadurch gesund zu werden, denn „sie setzt sich auf".

Im weiteren Verlauf kommen Erzählungen vom endlosen Verbleib auf dem Klosett als Kind und von Lektüre mit allerlei Phantasien zum Vorschein. Sie habe sich mit der Freundin auch immer gefragt: „Haben Sie schon Schokoladenpudding gemacht?" und sich überhaupt mit diesen ganzen Darmvorgängen beschäftigt (Analerotik). Sie wolle jetzt noch immer kleine Sachen haben, wenn sie etwas z. B. aus Porzellan sich wünscht. Auch das sei wohl noch

eine Kindererinnerung. Das Hautkratzen geschähe oft, um irgend etwas wegzuschaffen, irgend etwas in Ordnung zu bringen. Wenn sie blute, mache es ihr eigentlich Vergnügen (man achte auf die hier zutage tretende sadistische Komponente). Sie müsse überall ihre eigene Ecke haben, könne nicht ertragen, daß ihre Sachen mit anderen zusammenständen. In den ersten Jahren ihres Lebens, als sie die Hauterkrankung gehabt habe, habe sie sich fast zu Tode gekratzt. Sie glaube sich auch noch zu erinnern, daß sie in Verbände eingewickelt worden sei, und sei auch als Kind schon sehr bockig gewesen und habe sich immer dagegen gewehrt. An demselben Tage bekommt sie einen Brief von ihrem Mann. Dieser habe die Gewohnheit, ihr oft lange nicht zu schreiben. Dann sage sie sich zunächst immer, es sei ihr egal, ob er schreibe, ärgere sich aber doch darüber, wenn er es nicht tue; schreibe er dann schließlich doch, so sage sie sich immer, er könne es überhaupt bleiben lassen, man möge sie doch in Ruhe lassen. Also auch hier wieder die Trotzkomponente sehr ausgesprochen.

Die allererste Erinnerung, die sie habe, sei an ein rosafarbenes Kleid, das sie sehr gerne hatte. „Schließlich wuchs ich heraus, und als ich es oben auf den Speicher getragen hatte, lief ich bei jeder Gelegenheit immer wieder hinauf und sah es mir an (Sehnsucht nach der Kinderzeit). Später konnte ich Rosa nicht mehr leiden. Es ist also dasselbe wie mit den Briefen. Wenn man es mir nicht freiwillig gab, wollte ich es nicht wieder haben.

Bei des Bruders Geburt wurde ich mit dem Kinderfräulein weggeschickt. Sie war unausstehlich. Ich mußte bei Großvater bleiben, weil ich Keuchhusten hatte. Der einzige Trost war Großvater. Deswegen wurde auch später immer gesagt, wenn ich unartig war: „Dann darfst du nicht mehr zum Großvater.“ Das Dienstmädchen gab sich immer als Mutter, und ich sagte darauf stets: „Das ist ja Quatsch, du bist ja keine Dame.“ Dann wurde ich verhauen und stundenlang eingesperrt. Einmal, als gerade Vater da war, sprang ich beinahe in den Rhein. Auf der Straße mußte ich immer wie eine Dienerin hinter ihr hergehen. Ich durfte nicht heulen und zerbiß die Kopfkissen. Meine Wut auf den Bruder, der all diesen Quälereien nicht ausgesetzt war, wurde dadurch maßlos gesteigert.“ Dabei verspricht sie sich und sagt anstatt Bruder Bluder. Darauf eingestellt, fällt ihr sofort Blut und Luder ein, also Mord- und Beschimpfungstendenz dem Bruder gegenüber. Eine englische Erzieherin, die etwas später kam, war sehr nett zu ihr, wurde aber bald entlassen, weil sie nicht genug Interesse für den Bruder hatte. Die letzte Erzieherin wurde aus demselben Grunde entlassen. Das steigerte meine Wut auf den Bruder. Der Großvater war meine erste Liebe. Da Vater sich später mit ihm überwarf, kam er nicht mehr ins Haus, und das machte mich auf Vater sehr wütend. Ich fand es auch furchtbar schlimm, daß ich nicht zu seiner Beerdigung fahren durfte.

Am nächsten Tag nach Überreichung meiner Liquidation auffallend bissig und unfreundlich. Sie sei nun 4 Wochen hier, und es frage sich, ob es so nun immer weiter gehen sollte. Das Hangen am Gelde wird ihr an Hand dieser Reaktion unter großem Widerstande klar gemacht, und sie gibt es schließlich zu. Aber es sei auch noch ein anderer Grund: man habe schon als Kind sich immer von den Eltern und allen Menschen lösen müssen, und jetzt solle sie es auch von mir tun, das könne ihr doch nicht helfen.

Da sie eine auffallende Neigung hat, besonders feines Schuhwerk und gesucht raffinierte Strümpfe zu tragen, auch deutliche Tendenzen beim Sitzen, die Beine zu demonstrieren, hat, wird sie darauf eingestellt und produziert

dann als Erinnerung: „ein Kindefräulein verlangte jeden Morgen, daß ich mir Gummischuhe anzog, Regenschirm und Mantel mitnahm. Das ärgerte mich schrecklich, und ich pflegte diese irgendwo abzugeben. Sie war befreundet mit einem Kindermädchen, das die Kinder immer auf den Kopf schlug. Ich hielt immer meine Hände unter, wenn sie andere Kinder schlug. Sie hielt durch Dick und Dünn zu meinem Bruder, sie war ein Jahr da. Ich habe sie grimmig gehaßt. Lügen betrachtete ich wohl zuerst unter ihrem Regime als mein gutes Recht.“ Dann fällt ihr noch weiter ein, daß die Freundin ihre Beine immer besonders schön gefunden habe. Später habe sie eine sehr fromme Köchin gehabt, die sie ins Religiöse etwas hereingezogen habe. „Ich schlug mich immer mit dem Dienstmädchen herum, weil Mutter sich nicht genug um mich kümmerte, haßte die Eltern jahrelang glühend und hatte sozialistische und kommunistische Ideen. Auch hatte ich meistens die schmutzigsten Kinder zu Freundinnen, fand es wundervoll bei armen Leuten (Trotzreaktion!) Ich fühlte mich bei untergeordneten Bekannten immer besonders wohl, zog immer, wenn ich bei Großmutter war, mit Pferdeknechten und Gärtnern herum. Machte zu Hause auch manchmal die Art nach, wie sie aßen usw. Vor allem beneidete ich die Leute um ihre Arbeit. Man hatte bei diesen Menschen immer das herrliche Gefühl: man kann doch irgend etwas. Sie trauten infolgedessen mir selbst etwas zu. Ich hatte immer den Gedanken mit Genugtuung, ‚wenn die zu Hause wüßten, wo ich herumkrieche und was ich alles weiß‘! Später kam dann eine Zeit der Weltverachtung. Ich brütete zu Hause herum, war mal tief religiös, dann lachte ich wieder über die Religion.“ Der tiefe Zwiespalt in ihrem ganzen Wesen, die wilde Trotzreaktion, die Tendenz, sich an den Eltern zu rächen und andererseits sich durch einfache primitive Naturen in ihrer Zwiespältigkeit aufrichten zu lassen, wird ihr an Obigem einleuchtend gemacht.

Tags darauf ist der Mann wieder hier. Verkehr geht unter den beim letztenmal schon erwähnten Bedingungen glatt. Sie erzählt dann spontan von einem Gärtner bei der Großmutter, der sie über alle möglichen sexuellen Dinge aufgeklärt habe, und zwar hätten sie dabei in einem Taubenschlag gesessen. Er habe dann im Kriege seine Beziehungen zu ihr mehrfach materiell auszunutzen versucht. Dieser Gärtner spielt also offenbar bei ihrer Neigung zu primitiven Menschen auch eine Rolle.

Am nächsten Tag Brief von Mutter, daß sie den ersten Hautausschlag schon mit 11 Monaten bekommen und bis zum 3. Jahre behalten habe. Dann sei bis zur Pubertät nichts mehr zu bemerken gewesen. Dieser Brief ist ihr Veranlassung zu einem neuen Wutausbruch auf die Mutter, weil diese sie so vernachlässigt habe. Das zuletzt erwähnte Dienstmädchen habe oft zu ihr gesagt, wenn sie sie ganz unglaubliche Dinge habe verrichten lassen: „Du erreichst ja doch nichts bei deinen Eltern, die glauben dir ja doch nichts.“ Ihre Minderwertigkeitsgefühle seien dabei auf das äußerste gesteigert worden. Sie meine aber auch, daß sie diese Quälereien zum Teil infolge ihrer Schuldgefühle ertragen habe. Auch die Unfähigkeit zu normaler erotischer Lust sei wohl eine Art von Selbstbestrafung. Auf Aufforderung, mal wieder einen Traum zu erzählen, was sie einige Tage lang ängstlich vermeiden zu wollen schien, bringt sie am nächsten Morgen folgenden Traum: „Ich ging mit meinem Mann, Onkel und Bruder am Rhein spazieren, wo der Amerikaner sein Haus gebaut hat. Es lagen auf dem Weg einige tote, aufgeblasene Schildkröten (nachher war alles voll davon). Mein Bruder warf sie ins Wasser. Es fällt mir dann ein, daß einmal, als ich zu Ostern bei meiner Großmutter war,

im Garten um den Teich herum eine Anzahl dicker toter Frösche lagen, die warfen mein Bruder, Onkel und Mann in das Wasser." Assoziationen (Spaziergang): „Ich gehe in dieser Gegend oft spazieren." (Schildkröten) „D., da wohnten wir früher. Die Jungens der Nachbarn hatten Schildkröten. Ich war erst 2 Jahre, als ich wegzog, habe die Schildkröten aber später nochmals gesehen. Die Großmutter lebt ja jetzt noch, hat uns alle am Zügel, man kann sie nicht lieben, sie ist zu energisch." (Die Stadt D.) „Es fällt mir nichts ein. Ich habe die Jungens später in Köln noch einmal gesehen. Sie waren, glaube ich, rothaarig. Sie hatten in Köln noch eine schöne Eisenbahn. Meine Haupterinnerung an die Frösche ist Ekel. Einmal trat ich als Kind auf eine Kröte, seither sind mir die Tiere widerlich. Der Ekel ist vielleicht auch von gestern abend, der Clown in der Vorstellung des Bajazzo sah ekelhaft aus. Das Gemeinsame ist, daß man so etwas nicht gerne anfaßt, solche Tiere wie Frösche, Kröten, Schlangen und auch die männlichen Genitalien." Sie betrachtet den Onkel und die Tante als eine Art von Schandfleck, da sie nichts tun, sondern nur rauchen und trinken. Sie selbst sei doch korrekt erzogen, und das seien die einzigen Inkorrekten. Früher habe sie den Onkel einmal geliebt.

Der Traum ergibt, wenn wir andere, hier nicht näher angeführte Assoziationen dazu nehmen, eine ausgesprochene Abwehr gegen den genannten Onkel und legt die Annahme nahe, daß sie einmal in irgend einer Weise bei ihm sexuelle Dinge gesehen hat, die sie als Kind nicht hat verarbeiten können. Zugleich enthält er eine starke Mordtendenz gegen diesen jetzt unbequemen Onkel und die Großmutter und dunkle Erinnerungen an vielleicht ebenfalls erotische Beziehungen zu den Jungens in D. Beide Vermutungen wurden durch den weiteren Verlauf der Behandlung bestätigt.

Das Buch „Die Ursache" von Frank löste bei ihr eine Reihe sehr starker Reaktionen aus. Sie sei darüber so erschüttert, daß sie nicht sprechen könne. Sie sei genau wie der Held dieses Buches. Immer, wenn sie etwas gesagt habe, sei sie mißverstanden worden. „Ich hätte mich allerdings auch meinem Mann gegenüber nicht einmal ganz aussprechen können, denn dieses Behalten gewisser Dinge ist doch der letzte Schutz, den man hat; ich wäre dann ja ganz ausgeliefert, und bei irgend einer Gelegenheit würde er mich dann doch wieder piesacken. Die anderen Menschen wenden so etwas doch bei irgend einer Gelegenheit gegen einen an. Ich habe immer das Gefühl, als könne sich kein Mensch für mich interessieren, als täte das jeder nur gezwungen."

Am nächsten Tag ist der Ehemann wieder hier. Die Schmerzen beim Verkehr haben ganz aufgehört, aber normale Lust beim normalen Akt ist nicht vorhanden, sondern nur bei masturbatorischen Manipulationen. Sie ist sehr entsetzt über die große Nervosität ihres Mannes. Ein längerer Aufenthalt des Ehemannes ergibt wieder vermehrte Abwehr gegen den Sexualverkehr. Die Hautstörungen werden wieder viel stärker. Der Mann hatte ihr auch gesagt, er sei enttäuscht über ihre bisherigen geringen Erfolge. Außerdem erzählt er dauernd sehr unangenehme Sachen von ihren Eltern, z. B. daß die Mutter ihr gegenüber unaufrichtig sei, dauernd mit dem Bruder konspiriere usw. Sie habe immer wieder das Gefühl, daß sie die Stärkere in der Ehe sei.

Auf meine Frage, ob sie bei Berührung der Haut im Sinne des Streichelns irgend welche Lust habe, antwortete sie zuerst mit „nein", erklärt dann aber am folgenden Tage, sie habe mich gestern angelogen, das sei eine Art von kindlicher Reaktion. Sie habe das Gefühl gehabt, man dürfe nie zeigen, daß man Gefühl habe. Sie müsse freilich, wenn sie etwas empfinden solle, das Gefühl

eines unmittelbaren Stromes von Mensch zu Mensch haben; das sei bei ihrem Mann nie der Fall, dagegen habe sie es bei so vielen anderen Menschen sehr deutlich gefunden. Sie habe einmal vor der Hochzeit die betreffenden Partien gesehen und früher einmal als Kind bei ihrem damals noch ganz kleinen Bruder, als sie zusammen schliefen. Dadurch sei wohl das Entsetzen zu verstehen, die Vorstellung der Kleinheit und die Tatsache der wirklichen Größe beim Erwachsenen seien in ihrem Gehirn nicht zusammengekommen; sie habe sich eine kindliche Vorstellung davon bewahrt und deswegen die Überzeugung bekommen, als sie den Mann sah, daß das furchtbar schmerzhaft sein müsse. Wie in diesem Falle, so habe sie sich überhaupt die Welt für sich aufgebaut und durchgeträumt, besonders in der Ehe. Kommt nochmals unter sehr starker Affektentwicklung auf die sämtlichen in den letzten Jahren von ihr durcherlittenen Krankheitszustände zu sprechen, erklärt dann, daß sie zwangsmäßig das immer wieder erzählen müsse, sie habe aber das Gefühl, daß jedesmal etwas weniger Affekt dabei sei.

Im Laufe der nächsten Woche geht die Besserung sichtlich voran. Sie habe früher immer gemeint, es dürfe ihr nicht gut gehen. Auch habe es ihr bei der Güte ihres Mannes in der Ehe zuerst an Reibungsflächen gefehlt, und deswegen habe sie sich wohl künstlich solche geschaffen.

Sie wird nunmehr vorläufig entlassen und nur in größeren Zwischenräumen weiterbehandelt. Die Abwehr gegen den Mann verliert sich, auch Schmerzen und Hautjucken in demselben Maße, natürlich auch die sonstigen Symptome seitens der Haut, und nachdem sie einige Monate darauf ein gesundes Kind geboren hatte, ist sie auch seelisch sehr viel zufriedener und glücklicher. Geburt und Wochenbett haben offenbar weiter auch körperlich günstig gewirkt. Soweit ich bisher nachkontrollieren konnte, ist der Zustand seit mehreren Jahren gut geblieben.

Kurz zusammengefaßt ergibt sich aus dieser Krankengeschichte folgendes Bild: als Kind von 3/4 bis 3 Jahren körperlich bedingte Hauterkrankung, deren Wesen und Ursachen unbekannt sind, die aber nach Angabe der Mutter mit schwerem Jucken einherging und Veranlassung gab zu körperlichen Maßnahmen aller Art, wie Einreibungen, Einpackungen, Diätveränderungen, Medikamenten usw. Sie hat damals schon das starke Jucken, und zwar gleichzeitig mit einer großen Zahl anderer Eindrücke (Liebesbetätigung der Mutter, Aufmerksamkeit der ganzen Umgebung, Möglichkeit, durch Hautjucken Wut und andere Gefühle zum Ausdruck zu bringen) kennengelernt. Vor allem die Assoziationen zwischen Hautmißempfindungen und Liebesgewinn wurden auf diese Weise frühzeitig fest begründet. Die stammesgeschichtliche Tatsache, daß sexuelle Empfindungen ursprünglich in der ganzen Körperoberfläche empfunden werden und erst allmählich ein Organ sich dafür differenziert, blieb infolge dieser Entwicklung in unserem Falle in ihren Auswirkungen besonders deutlich nachzuweisen, indem sexuelle Erregungen sich nicht vorwiegend in den Geschlechtsorganen, sondern an beliebigen Hautstellen in Form des Juckens äußerten. Dadurch war auch für andere Affekte der Weg in diese Hautnervenbahn schon sehr bald gewiesen. Das frühe Erwachen des Sexualtriebes (Schlangentraum) begünstigte diese Entwicklung. Die

beim Kinde an sich vorhandene geringere Differenziertheit der einzelnen Komponenten des Sexualtriebes (das, was Freud polymorph-perverse Anlage nennt) fand in der Einstellung des Vaters zu ihr, sofern er durchaus einen Jungen aus ihr machen wollte, in den Mißhandlungen durch das Dienstmädchen und in gelegentlichen Prügeln seitens der Eltern sowie später in Quälereien seitens des Jungen und der Freundin, endlich in der Beziehung zu dieser Freundin eine genügende Grundlage: erstere und letztere erzeugte die homosexuelle, die anderen Einwirkungen die masochistisch-sadistische Einstellung. Dadurch aber wurde naturgemäß die an sich vorhandene Tendenz zur Verdrängung sexueller Erregungen überhaupt gesteigert. Das war nun um so leichter möglich, als das Verhältnis zu den Eltern ein stark ambivalentes war, auf der einen Seite, namentlich dem Vater gegenüber, starke Liebe, die übrigens auch der Mutter gegenüber viel größer war, als sie sich zugeben wollte, auf der anderen Seite starke Haßeinstellung. Der einzige, der ihrer Liebessehnsucht einigermaßen die Möglichkeit einer naiv-kindlichen Entladung bot, war der Onkel. Auch hier gab es schon frühzeitig in ihrer kindlichen Seele einen heftigen Konflikt, sofern der Onkel bald nicht mehr in das Haus kam. Einen ganz wesentlichen Faktor in der Krankheitsentwicklung bildet die rasende Eifersucht auf den jüngeren Bruder, die offenbar ebenfalls auf eine nicht unerhebliche erotische Bindung an ihn und auf die tatsächlich ungerechte Bevorzugung dieses Bruders seitens der Eltern zurückzuführen ist. Es kommt dadurch zu einem sehr starken „männlichen Protest" gegen den Mann überhaupt und gegen jedes Sichunterordnen. Die Mutter tut das Ihre dazu, indem sie sexuelle Dinge mit Abscheu behandelt. So kommt sie zu einer völlig schiefen Auffassung der Liebesbeziehungen überhaupt, und dieser schiefen Auffassung entspricht es denn auch, daß sie ihren ganzen sexuellen Drang auch in körperlicher Beziehung nicht in das normale Organ sich entladen läßt. Die starke Bindung an den Vater und Bruder zeigt sich schon in der Wahl ihrer ersten Liebesobjekte, die, wie es bei solchen Frauen so oft der Fall ist, meist so beschaffen waren, daß sie zwar eine gewisse erotische Lust versprachen, aber als Heiratsobjekte, an die man sich hätte dauernd verlieren können, nicht in Frage kamen. Die Sehnsucht nach dem starken Mann und doch wieder die ebenso große Abwehr gegen jedes Sichhingebenmüssen, gegen jede Art von Zwang lassen sie dann zu einem Mann kommen, der ihr durch sein Wesen zu versprechen scheint, daß er ihr zwar erotische Lust geben, sie aber nicht irgendwie zwingen kann. Da sie aber durch die obigen Ursachen zu einer normalen sexuellen Betätigung nicht fähig ist, wurde die Ehe für sie nur der Anfang immer erneuter Erregungen und Hautstörungen.

Man kann also sagen, die Hauterkrankung war zwar anfangs körperlich bedingt, wurde aber unterhalten und verstärkt durch eine die Differen-

zierung der Organe hemmende körperlich-seelische Entwicklung. Diese schuf eine Reihe falsch gerichteter Assoziationen und bot außerdem einer Anzahl unbewußter Zwecke eine willkommene Handhabe. Diese Zwecke waren: Liebeserwerb, Ausdruck von Liebe, Abwehr und Haß gegen Eltern und Bruder, Abwehr gegen den Mann überhaupt und gegen ihren Mann im besonderen, Möglichkeit, sich ihm sexuell zu entziehen, Selbstbestrafungstendenz für allerlei, als schwer empfundene Jugendvergehungen, Selbstsicherung gegen moralische Gefahren, Möglichkeit, sich äußerlich unscheinbar oder gar abstoßend zu machen und damit die Menschen überhaupt von sich abzuhalten.

Man sieht, wie unendlich kompliziert die Ursachen solcher Erkrankungen sein können, und wird sich deswegen auch nicht wundern, daß eine Heilung nur im Laufe längerer Zeit und unter dauernden Rückfällen möglich ist.

Für eine Reihe von Hautkrankheiten anderer Art ist in den letzten Jahren auch von Dermatologen dem psychischen Faktor die entsprechende Würdigung zu teil geworden, so vor allem für Angioparalysis cutanea, Urtikaria, Pemphigus, Herpes simplex und Herpes zoster, Canities, Alopezie, Hyperidrosis. (Literatur vgl. Kreibich, Brunnemann, Stern u. a.)

Frauenkrankheiten.

Auf dem Gebiete der Frauenheilkunde haben wir, nachdem von Forel, Delius, Kohnstamm, mir selbst u. a., und zwar anfangs unter heftigster Anfeindung seitens vieler Gynäkologen, schon vor Jahren auf die Wichtigkeit psychischer Elemente hingewiesen worden ist, in den letzten Jahren eine Reihe sehr eingehender Untersuchungen bekommen, die beweisen, daß auf diesem Gebiet die Bedeutung psychophysischer Wechselbeziehungen immer mehr erkannt wird. Der hauptsächlichste Vorkämpfer ist Walthard (im Handbuch von Halban und Seitz, „Biologie und Pathologie des Weibes", II. Bd.) gewesen. Neuerdings hat Wilhelm Liepmann (166) in einer sehr guten Darstellung das ganze Gebiet ausführlich behandelt. Wir beschränken uns hier auf die Besprechung einiger Haupttatsachen.

Seitdem wir durch die Versuche Pawlows und neuerdings Heyers die Bedeutung der Psyche für die Sekretionsvorgänge kennen, erscheint es selbstverständlich, daß auch bei gesunden Mädchen und Frauen die Sekretionen der Geschlechtsorgane durch psychische Einflüsse zu steigern oder zu hemmen sind. Der Fluor albus der Frauen erfordert dementsprechend, wie Liepmann sagt, in jedem Fall die Aufdeckung seelischer Komplexe, die hinter ihm stehen. Füth war wohl einer der ersten, die auf die psychogene Entstehung der Gebärmutterblutungen hingewiesen hat. Liepmann zitiert Marchand (Handbuch der allgemeinen Pathologie, Hirzel, Leipzig 1912), der sagt, daß das typische Beispiel für irritative,

d. h. also psychogene Hyperämie die Schamröte sei. Man kann aber auch bei reizbaren Personen Erytheme, Exsudation und Quaddelbildung erzeugen, und die psychogene Hyperämie kann mit Gefäßerweiterung in das chronische Stadium übergehen und auf Schleimhäuten Blutungen entstehen lassen. Bezüglich der Menstruation führt er aus: „Wenn auch chemische Korrelationen zwischen Geschlechtsdrüsen und Uterusschleimhaut bestehen, so wird doch zweifellos die Erweiterung der Gefäße, der Turgor menstrualis, an den sich die Blutung aus den kleinen und kleinsten Gefäßen anschließt, durch die Gefäßnerven vermittelt."

Die Metropathia haemorrhagica, eine Erkrankung, die die Mehrzahl der Frauen im vorgeschrittenen Alter, nahe dem Klimakterium, befällt, ist nach Liepmanns Ansicht psychologisch zu erklären. Die dabei entstehenden Blutungen, die von anderen Autoren auf eine annormale Eierstockstätigkeit oder auf eine Störung des physiologischen Gleichgewichts in der Funktion der endokrinen Drüsen zurückgeführt werden, lassen sich bei genauer Betrachtung als eine Kombination hormonaler und psychogener Faktoren erweisen, wie ich ja bereits oben ausgeführt habe.

Die Menstruation der Frau, deren enorme Abhängigkeit von psychischen Einflüssen ja allgemein bekannt sein sollte, ist nach meinen Erfahrungen geradezu ein Hauptausdrucksort symbolischer Darstellung seelischer Vorgänge. Ein typischer Fall dieser Art ist folgender:

Eine Kollegenfrau konsultiert mich wegen starker depressiver Zustände, die im Anschluß an allgemeine seelische Erregung und vor allem an die dauernde Unbefriedigung über ihre Kinderlosigkeit entstanden waren. Mit 17 Jahren begannen bei ihr nach einer Reihe schwerer Kränkungen, die sie durch den über alles geliebten, aber zugleich auch gefürchteten Vater glaubte erlitten zu haben, dauernde schwere Mennorrhagien. Darauf 2 Jahre lang intensivste gynäkologische Behandlung (notabene einer Virgo!) mit inneren Mitteln, Tamponade, wiederholten Auskratzungen, langer Bettruhe usw. Alles ohne dauernden Erfolg. Mit 19 Jahren Heirat. Von diesem Tage ab plötzliches Aufhören der Blutungen, aber auch der Menstruation überhaupt. Diese trat nur dann ein, wenn sie allein nach Z. zu ihren Eltern fuhr, wogegen sie ausblieb, wenn sie mit ihrem Manne zusammen dorthin ging. Bei Beginn der Behandlung der damals 30jährigen, bestand vollkommene Amenorrhöe. Im Laufe der analytischen Behandlung kam, während sie die Liebe zu ihrem Vater in einer Reihe von allmählich aus der Kindheit auftauchenden Bildern stark anschaulich wieder erlebte, die Periode wieder und blieb, wenn auch in auffallend geringem Grade, regelmäßig bestehen, wenigstens so lange ich die Patientin weiter beobachten konnte, d. h. mehrere Jahre lang. Gynäkologisch war der Befund nach Aussage eines Frauenarztes so, wie man ihn häufig bei Frauen mit etwas infantilem Typus findet. Also auch hier wieder die organisch bedingte verminderte Funktion des Organs, die dann unbewußten oder bewußten Affekten Gelegenheit zur entsprechenden Auswirkung gibt.

In einem anderen Falle trat die vorher jahrelang nicht mehr vorhandene Periode bei einem jungen Mädchen prompt in normaler Stärke und auch dauernd wieder ein, nachdem sie sich über das Verhältnis zu ihrem Bruder

klar geworden war und eingesehen hatte, daß das Aufhören der Periode sich unmittelbar an die Heirat dieses einzigen Bruders angeschlossen hatte.

Man konnte in beiden Fällen, denen ich noch ähnliche anzuschließen hätte, die Organsprache dahin deuten, daß sie ihre erotischen Wunschregungen auf Vater bzw. Bruder unbewußt konzentriert und bei Nichterfüllung dieser Wünsche gleichsam zum Ausdruck gebracht hatten: „Wenn mir diese Wünsche nicht erfüllt werden, will ich überhaupt als Weib nicht in Funktion treten." Umgekehrt wird die Sehnsucht nach einem bestimmten Manne oft in Form verfrüht oder besonders stark einsetzender Menses nach außen projiziert. Es steht damit nicht im Widerspruch, daß Frauen sehr häufig die Menstruationsblutungen als Abwehr gegen den nicht geliebten Mann benutzen. Daß überhaupt viele verfrühte und lang dauernde Blutungen einfache Äußerungen starker, unlustbetonter Affekte darstellen, ließe sich an vielen Fällen bis zur Evidenz zeigen. Die sogenannte Kriegsamenorrhöe ist weiter ein klassisches Beispiel der Verbindung psychischer und physischer Faktoren, indem mangelhafte Ernährung, häufig auch vermehrte Arbeit auf der einen Seite, fortwährende Beschäftigung des Denkens mit den im Felde Stehenden im Sinne einer starken Ablenkung auf der anderen Seite in Wechselwirkung die Störung entstehen ließ.

Betreffs des Schwangerschaftserbrechens sind in den letzten Jahren zahlreiche Arbeiten zu demselben Ergebnis gekommen, daß ich schon vor 12 Jahren geäußert habe, nämlich daß dabei zwar irgend welche hormonalen Gleichgewichtsstörungen vorhanden sein müssen, daß aber die psychische falsche Reizverarbeitung die Hauptsache ist. Einen sozusagen experimentellen Beweis dafür hat Hermann Müller mitgeteilt: Eine Frau leidet an unstillbarem Erbrechen stärkster Art, das offenbar in einer gewissen unbewußten Abwehr gegen ihren Mann eine Hauptursache hatte. Sie bekommt eine Gehirnerkrankung (wahrscheinlich Embolie), diese ermöglicht es ihr, den Vater ihres Kindes in einen früheren Geliebten umzuillusionieren. Da damit die Abwehr gegen das Kind ebenfalls aufhörte, verschwand das Erbrechen mit einem Schlag.

Wenn man bedenkt, welch große Summe mechanischer und chemischer (vor allem hormonaler) Vorgänge für den Eintritt einer Empfängnis in Frage kommen, so ist es schon von vornherein fast ausgeschlossen, daß dabei psychische Funktionen nicht irgendwie mit hereinspielen sollten. Nachdem uns aber durch allerlei Tatsachen hinreichend bewiesen ist, daß es allgemein eine Beeinflussung der endokrinen Drüsen vom Gehirn aus gibt (s. o.) und nachdem es in letzter Zeit L. Haberlandt u. a. (Über hormonale Sterilisierung der weiblichen Tierkörper, M. m. W., 1921, Nr. 49) gelungen ist, durch Einpflanzung von Eierstöcken trächtiger Tiere eine vollkommene hormonale Sterilisierung hervorzurufen, ist jedenfalls die Annahme, daß bei der Empfängnis psychisch beeinflußte hormonale Vorgänge eine Rolle spielen könnten, noch weiter gerechtfertigt.

Nach Sellheim (Befruchtung, Unfruchtbarkeit und Unfruchtbarkeitsbehandlung, Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1924, Nr. 20) läßt sich ferner, da alle Erregungen, freudige wie traurige, mit einer starken Zirkulationsänderung im Bauche verbunden sind, die Möglichkeit einer bestimmt bewirkten Verschiebung der Ovulation nicht von der Hand weisen. Das ist aber gleichbedeutend mit der Möglichkeit einer Begünstigung oder Hemmung der Empfängnis.

Die Geschlechtsfunktionen beim Manne wie beim Weibe sind in einem in weiteren Ärztekreisen noch lange nicht gewürdigten Maße von seelischen Faktoren abhängig, und gerade auf diesem Gebiete ist das Ineinander körperlicher und seelischer Wirkungen von besonderer Wichtigkeit. Da wir darüber bei der Therapie noch Genaueres zu sagen haben werden, beschränken wir uns hier auf diese Andeutung.

Über die die Geburt einleitenden bzw. hervorrufenden Vorgänge sind wir ja im einzelnen von der physiologischen Seite her noch nicht im klaren, dagegen ist eine Anzahl von gut beglaubigten Fällen berichtet, in denen der Geburtstermin auf hypnotischem Wege bestimmt und auch eingehalten wurde. Wenn man bedenkt, wie oft seelische Erregungen beschleunigend oder auch hemmend auf die Geburtsvorgänge wirken, was ja die tägliche Erfahrung immer wieder lehrt, so wird diese Tatsache einer therapeutischen Beeinflussung nicht weiter verwunderlich oder gar unmöglich erscheinen. Von Bonjour ist ein Fall dieser Art ausführlich beschrieben worden. Wie stark der Geburtsvorgang durch das Eingreifen psychischer Umstände in seinen normalen Ablauf gestört werden kann, können wir vielleicht am besten an den Fällen sehen, wo durch die absolute Ablenkung der Aufmerksamkeit dem automatischen Ablauf des Vorganges keinerlei Hemmungen entgegengesetzt werden, nämlich bei Geisteskranken. Dieselbe Frau, bei der frühere Geburten nur durch Kunsthilfe beendigt werden konnten, kann, wie auch von Bleuler hervorgehoben wird, in abnorm kurzer Zeit ohne weitere Beschwerden ein ebenso schweres Kind gebären, wenn sie in der Zwischenzeit geistig erkrankt ist.

Die Lageveränderungen der Gebärmutter machen an sich selbstverständlich geringe Beschwerden, erzeugen das Gefühl einer gewissen Unbequemlichkeit usw. „Wenn wir dann aber Fälle sehen," sagt Liepmann, „in denen durch einfache suggestive Behandlung die Beschwerden restlos bei retroflektiertem Uterus beseitigt werden und so lange beseitigt bleiben, bis wieder ein Kollege kommt, der . . . der Patientin die Retroflexion zu Gemüte führt, dann muß man doch sagen, daß es sich hier unmöglich um organisch bedingte Schmerzen handeln kann," und er empfiehlt in solchen Fällen, „statt des stumpfsinnigen Messers, dessen Technik erfreuen kann, das aber niemals wahres Instrument des Intellekts ist," die psychische Behandlung.

Die Geschlechtskälte der Frau, früher als Frigidität, neuerdings nach dem Vorschlag Kehrers (Ursachen und Behandlung der Unfruchtbarkeit, zugleich ein Beitrag zu den Störungen des sexuellen Lebens, besonders der Dyspareunie, 1922) als Dyspareunie bezeichnet, ist nach dem übereinstimmenden Urteil nicht bloß der Nervenärzte, sondern mehr und mehr auch einer großen Anzahl von Frauenärzten ein in weitestem Umfang, wenn nicht ausschließlich psychisch bedingter Zustand. Während Steckel (265) sie ganz wesentlich unter psychischen Gesichtspunkten betrachtet, versucht Liepmann (165) sie aus einer Anzahl dem Weibe eigentümlicher, andersgearteter Reaktionen und Korrelationen zwischen Psychischem und Physischem abzuleiten, nämlich aus der Tatsache, daß die Frau in ihrer psychischen Entwicklung in der Norm zwar bis zur erweiterten Assoziation in der Phantasie gelangt, aber halt vor den Abstraktionen mache und dadurch konkreter und erdgebundener werde, wie überhaupt in körperlicher Beziehung in gewisser Hinsicht ein wachstums- und entwicklungshemmender Einfluß der weiblichen Keimdrüsen festzustellen sei. Daneben bestehe beim Weibe auf der anderen Seite eine erhöhte Vulnerabilität sowohl in psychischer wie in physischer Beziehung, indem von der Eilösung, der Menstruation, der Defloration bis zum Wochenbett und Klimakterium eine höhere Reizbarkeit und Affekterregbarkeit bestehe. Endlich sei der Pansexualismus der Frau, dessen hervorragendste Wirkung die Mütterlichkeit sei, im Gegensatz zu dem periodischen Sexualismus des Mannes, ein weiterer Grund für das leichtere Auftreten von Störungen auf diesem Gebiet, und namentlich werde durch alle diese Faktoren ein langsameres, schwer zu erreichendes Endsexualgefühl (Orgasmus der Frau) bedingt. Dementsprechend ist die gegebene Behandlung der Dyspareunie eine psychische, und ich kann W. Stemmer (Psychodiagnostik und Psychotherapie in der Frauenheilkunde, Zbl. f. Gyn., 46. Jahrg., 1922) durchaus beistimmen, wenn er sagt, daß auf diesem Gebiet fast nur mit Psychoanalyse ein befriedigender Erfolg zu erzielen sei, wenn auch unter Umständen gelegentlich mit anderen Methoden ein zugrunde liegender seelischer Konflikt sich vorübergehend übertäuben lasse. Welch große Bedeutung der Dyspareunie seitens einzelner Gynäkologen beigemessen wird, möge die Aufzählung der von Kehrer angegebenen angeblichen Folgen derselben zeigen: Vulvitis, Vaginitis (besser Kolpitis), Fluor albus, Descensus vaginae, Endometritis cervicis, Metritis colli, Dysmenorrhöe, Metropathia uteri, Retroversioflexio, Varikozele des Ligament. latum (Engelmann), Parametritis posterior.

Wenn auch nach der Ansicht anderer Gynäkologen diese Folgerungen zu weit gehen, so gibt es doch immerhin zu denken, daß sie heutzutage ein Frauenarzt von Ansehen überhaupt zu ziehen wagt.

Eine sehr wichtige, das Glück vieler Ehen zerstörende Erkrankung ist der Vaginismus. Die unbewußte Abnahme des Muskeltonus im Be-

reich der Beckenausgangsmuskulatur, die Füllung der Schwellkörper, die Absonderung der Drüsen soll normalerweise vor der normalen Kohabitation auftreten. Unlustgefühle irgend welcher, auch ganz unbewußter Art, verursachen eine Tonussteigerung der gestreiften Muskulatur, „aus der sogenannten Bereitschaftsstellung wird eine Abwehrstellung", die die Vagina zu einem krampfhaft verschlossenen Schlitz machen kann. Selbstverständlich wirken häufig bei der Entstehung dieses Krampfzustandes, der meist dann auch von einem Versagen der Drüsentätigkeit begleitet wird, irgend welche äußeren Einwirkungen, wie sie durch die Defloration und eventuell ungeschicktes Verhalten des Mannes oder auch zu häufige Kohabitationsversuche gegeben sind, mit. Aber die Hauptsache ist auch in einem solchen Falle falsche psychische Verarbeitung bzw. Abwehr gegen den Mann oder gegen den Sexualverkehr als solchen infolge frühkindlicher und späterer seelischer Erlebnisse (Onanie, Überfälle u. dgl.). Daß es auch heute noch immer unter den Frauenärzten und namentlich auch unter den Praktikern Handwerker gibt, die medizinisch und psychologisch so unglaublich ungebildet sind, daß sie einen solchen Zustand mit dem Messer anzugreifen versuchen, ist eine bedauerliche Erscheinung. Sie wird hoffentlich in kurzer Zeit von der Bildfläche verschwinden.

Bezüglich der sogenannten eingebildeten Schwangerschaft, auf deren biologische Bedeutung ich an anderer Stelle eingegangen bin, unterscheidet Liepmann Reizimpulse von außen und solche aus der Frau selbst. Zu den letzteren gehören Wunsch- oder auch gelegentlich Angstaffekte, die sich fixieren. Die erste Phase des Entstehens ist das bewußte Wollen, ein Kind zu haben; fortgesetzte Reizimpulse dieser Art rufen Hemmung der Menstruation und damit rückwirkend neue Verstärkung der ursprünglich affektbetonten Gedanken hervor. Im zweiten Stadium trete der bewußte Gedanke in den Hintergrund, und die fortgesetzten Reizimpulse lösen nunmehr unbewußt aus Vorzeiten stammende Reize auf die Brustdrüsen (Milchsekretion), auf die Geschlechtsorgane (Fluor) und besonders auf den ganzen Bauch aus, wobei die Därme gebläht werden und der anatomische Zustand einer Schwangerschaft nachgeahmt wird. In der dritten Phase funktioniert der Unterleibstraktus autistisch wie ein Reflexapparat, entsprechend den sogenannten bedingten Reflexen, und dadurch kommt es zu den Geräuschbildungen, dem Anschlagen der Därme an die Bauchgegend, die Kindesbewegungen nachahmen usw. Interessant ist die von Liepmann zitierte Mitteilung des Tierarztes Kantorowicz, der erklärt, daß die eingebildete Schwangerschaft bei Hunden eine überaus häufige Erscheinung sei, die immer dann auftrete, wenn die Tiere nicht gedeckt oder vergeblich gedeckt waren. Besonders bei Zwerghunden, seltener bei größeren, schwellen die Brustdrüsen, sezernieren Milch und psychisch erscheinen die Tiere deprimiert, unlustig, wollen nicht ausgehen, versuchen, sich ein Nest zu machen, zerreißen Kissen und Decken, kurz, benehmen

sich wie sonst vor der Geburt. Nicht selten trete auch Zunahme des Leibes, Breiterwerden des Rückens und Schwerfälligerwerden des Ganges auf.

Stemmer führt als weitere in das Gebiet der Gynäkologie gehörende Erkrankungen, die psychisch bedingt bzw. beeinflußbar sind, noch an: Kreuzschmerzen, ferner Kokzygodynie und Galaktorrhöe.

Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.

Auf diesem Gebiete haben wir nicht nur eine viel größere Menge von psychisch bedingten Störungen, als im allgemeinen von seiten der meist zu einseitig chirurgisch gerichteten Otologen angenommen wird, sondern auch hier weisen selbst solche Erkrankungen, die im eigentlichen Sinne organisch bedingt sind, vielfach weitgehende Einwirkungen von der psychischen Seite her auf. Dazu gehört z. B. der Heuschnupfen. Welche Faktoren dabei in Frage kommen, habe ich (197) a. a. O. auseinandergesetzt, und ich lasse die betreffende Darstellung hier folgen.

Eine Anzahl Pollenkörner dringt in die Nasenschleimhaut ein und verursacht dort eine, sei es rein mechanisch, sei es chemisch bedingte Reizung. Während nun bei Millionen von Menschen diese Reizung entweder sofort überwunden oder mit einigem Niesen oder ähnlichen vorübergehenden Reaktionen beantwortet wird, breitet sie sich bei einer Anzahl anderer von der Nasenschleimhaut aus weiter auf die Bindehäute der Augen, die Tränendrüsen, die Rachen-, Kehlkopf- und Bronchialschleimhaut aus. Man findet bei diesen Kranken regelmäßig neben dem örtlichen Befund mehr oder minder ausgesprochene Symptome einer allgemeinen Übererregbarkeit. Zwischen ihr und der vermehrten Reaktion müssen also bestimmte Beziehungen bestehen. Wenn wir die Vorgeschichte dieser Fälle verfolgen, können wir jedesmal feststellen, daß als auslösende oder mitwirkende Ursache der Verstärkung der Beschwerden nicht nur Aufenthalt in gramineenreichen Gegenden, sondern auch allerlei seelische Erregungen angegeben werden. Wir werden also nicht fehlgehen, wenn wir den Grund der abnormen Reaktion im Gehirn suchen (womit wir übrigens natürlich die Mitwirkung eines rein reflektorischen Faktors dabei nicht bestreiten wollen). Wir haben somit einerseits eine periphere Reizung von einer bestimmten Stärke und andererseits die Reizverarbeitung im Gehirn. Die letztere nun ist abhängig, wie ich des öfteren schon ausgeführt habe, 1. von der molekularen und sonstigen Struktur der Nervensubstanz, psychologisch ausgedrückt von der allgemeinen Reizempfindsamkeit, 2. davon, ob bei dem betreffenden Individuum früher, wenn auch vielleicht in längstvergangener Kinderzeit, ähnliche Vorgänge sich abgespielt haben, also von den Relikten solcher Vorgänge im Gedächtnis. Trifft das zu, so werden diese wieder aktualisiert, verstärken bzw. verändern also die Reizwirkung. Wenn z. B. der betreffende Mensch früher bei Gelegenheit eines Katarrhes der oberen Luftwege leicht eine Bindehautentzündung bekam, so ist es

wahrscheinlich, daß jetzt, wenn äußere Einwirkungen wieder einen Katarrh hervorrufen, auch die Bindehäute stärker betroffen werden als bei anderen. Hat sich das öfters wiederholt, so tritt dazu die weitere Gefahr einer Automatisierung dieser Reaktionsweise durch Gewöhnung. 3. Dazu kommt dann noch eine Verstärkung (unter Umständen auch eine Verminderung oder qualitative Veränderung) durch Affekte, die vorhanden sind, sozusagen wirkungsbereit liegen und rein als Affekte ihre Energiesumme in die betreffenden Gehirnzentren ergießen. 4. Endlich wirkt sehr bedeutsam jene Tätigkeit des Gehirns mit, die man als teleologische bezeichnen kann, wobei also die Krankheit — oft genug völlig unbewußt — als Mittel zu irgend welchen Zwecken benutzt wird, z. B. einem ungeliebten Menschen, mit dem der Kranke zusammenlebt, das Leben schwer zu machen, irgend welche Unlust von sich abzuwehren oder umgekehrt, Mitleid und vermehrte Liebe zu erwerben usw. So ist also die schließliche Stärke und Art der Erkrankung abhängig von einer großen Reihe unmittelbar wirksamer physischer und psychischer Momente. Aber damit nicht genug: Jede Veränderung eines Körperteils löst bekanntlich reflektorisch gewisse Blutzirkulationsveränderungen im übrigen Körper aus. Diese haben ihrerseits wieder Schwankungen der gesamten Stimmungslage zur Folge, und die letztere bildet eine weitere Grundlage für die verstärkte Wahrnehmung anderer Unlustempfindungen, in unserem Falle der heftigen Reizung der Schleimhäute. Diese wird somit auch dadurch, indirekt, weiter unterhalten und verstärkt, wird jedenfalls etwas ganz anderes, als was sie geworden wäre, wenn es sich um einen einfachen peripheren Vorgang ohne Dazwischenschaltung all dieser Gehirntätigkeiten gehandelt hätte.

Man wird also den Satz aufstellen müssen: Zwischen körperlichem Reiz und körperlichem Reizerfolg liegt immer eine kaum absehbare Summe von Verarbeitungen des Reizes im Gehirn. Der Reizerfolg ist das Endresultat eines höchst komplizierten Zusammenspiels seelischer und körperlicher Faktoren. Man wird, wenn man die Vorgänge von dieser Seite ansieht, ein Verständnis dafür bekommen, wie oft die psychischen Folgen, die sich an den physischen Reiz anschließen, so unendlich verwickelt sind, daß es kein Wunder ist, wenn alle nur körperliche Behandlung nichts hilft.

Welche Komplikationen dabei oft das Ineinander physischer und psychischer Wirkungen mit sich bringt, zeigt auch die Beobachtung der Schwerhörigkeit. Mäßige Grade werden bekanntlich oft für Unaufmerksamkeit angesprochen, weil man den psychischen Faktor nicht berücksichtigt. Das Hören ist nämlich in einem noch höheren Grade als andere Wahrnehmungen eine Ergänzungsarbeit, wie ja Untersuchungen über das Verstehen beim Hören von Telephongesprächen klar erwiesen haben. Je undeutlicher nun die Hörbilder, um so größere Aufmerksamkeit und ein um so größeres Maß von Verarbeitung ist zum Wortverständnis nötig

(Bleuler). Gehörseindrücke, die der Gesunde bei bloß passiver Aufmerksamkeit richtig auffaßt, werden vom Schwerhörigen erst unter starker Anspannung der Aufmerksamkeit verstanden. Solange er sich also anstrengt, erscheint seine Hörfähigkeit normal. Aber kein Mensch kann sich dauernd gleichmäßig aufs höchste anspannen, und daher wechseln Phasen guten mit solchen schlechten Verständnisses beim Schwerhörigen. Dem Anschein nach ist also die Hörstörung allein abhängig von der Psyche, wogegen sie in Wirklichkeit sehr viel kompliziertere psychophysische Grundlagen hat. Natürlich gibt es genug Fälle, wo der unbewußte Wunsch, nicht zu hören, von der oben genannten Tatsache ausgiebigsten Gebrauch macht; dadurch kompliziert sich die Sache natürlich noch viel mehr.

Ein Fall von ausgesprochenem Menièreschem Symptomkomplex mit einer monatelang dauernden, fast völligen Aufhebung des Gehörs auf der rechten Seite und häufigen Schwindelanfällen mit starker Brechneigung, der von einem Ohrenarzte nach erfolgloser Behandlung an mich zurückgewiesen wurde und bei dem sicher eine organische Grundlage vorhanden war (vielleicht Blutzirkulationsschwankungen im Schädelinnern bei starken klimakterischen Beschwerden), erwies sich als psychisch so stark beeinflußbar, daß er nach einer etwa zwei Monate dauernden Behandlung völlig und dauernd geheilt war. Ähnliche, wenn auch leichtere Fälle habe ich häufig mit demselben Erfolg psychisch behandelt.

In welch verwickelter Weise bei scheinbar chronischen körperlichen Beschwerden die Psyche hereinspielen kann, zeigt folgender Fall:

Herr v. H. klagt über heftige, namentlich gegen Abend einsetzende, unmittelbar über dem Nasenansatz lokalisierte, seit 10 Jahren bestehende Kopfschmerzen, die besonders dann sehr stark werden, wenn er abends größere Gesellschaften, wozu er als Diplomat verpflichtet ist, mitzumachen hat. Gleichzeitig tritt dann immer ein sehr heftiger Schnupfen auf, der ihm gesellschaftlich und auch sonst außerordentlich störend ist. Von einer großen Reihe von Nasen- und Ohrenärzten untersucht, vielfach behandelt und immer wieder aus der Behandlung mit der Bemerkung entlassen, daß objektiv nichts mehr nachzuweisen und daher auch nichts mehr zu behandeln sei. Die Analyse ergibt, kurz gesagt, folgendes: die Mutter war an einer eitrigen Stirnhöhlenentzündung gestorben. Er selbst lebte mit seinem Vater zusammen, den er, teils wegen seiner ganzen Art, teils wegen der Bevorzugung seiner Schwester und des Ehemannes der letzteren, haßte. Die Schmerzen entstanden zum erstenmal im Anschluß an einen akuten Schnupfen mit heftigen, namentlich in der Stirngegend lokalisierten Kopfschmerzen. Damals gerade hatte er viele Zerwürfnisse mit seinen Verwandten, befand sich auch in einer beruflich ihm unsympathischen Situation. Der Vater hatte nämlich gewünscht, daß er die diplomatische Karriere einschlagen sollte, während er selbst zu einer anderen Tätigkeit neigte. Die Mutter veranlaßte ihn schließlich, dem Wunsch des Vaters zu entsprechen, und er war nun dauernd in einer einerseits aus Opposition gegen den Vater verhaßten und andererseits aus Gehorsam und Liebe zur Mutter gebotenen Tätigkeit. So traf die Erkrankung nach mancher Hinsicht mit einer Reihe psychisch stark erregender Komplexe zusammen, und

er hatte das unbewußte Streben, mittels der Erkrankung sich einer Anzahl ihm unliebsamer Situationen zu entziehen. Von da an sind denn auch die Schmerzen und die Reizsymptome der Nasenschleimhaut nicht mehr verschwunden. Als weiterer Grund, sie zu unterhalten, ergab sich dann noch die Tatsache, daß er ein Verhältnis zu einem Mädchen bürgerlichen Standes unterhielt, das er aus sozialen Gründen nicht glaubte heiraten zu können und die ihm doch in jeder Beziehung voll Mutterersatz geworden war. Die Mutter selbst hatte, als sie von diesem Verhältnis erfuhr, ihm noch vor ihrem Tode gesagt, er könne das Mädchen unmöglich heiraten. Der Vater war selbstverständlich grundsätzlich dagegen. Von Kind auf schon infolge einer Reihe frühinfantiler, teils sexueller, teils aus anderen Gründen entstandener Schuldgefühle ängstlich und unentschlossen, wagte er es nicht, diesen elterlichen Wünschen sich entgegenzustemmen, andererseits kam er gerade nach dem Tode der Mutter erst recht nicht von dem Mädchen los. So wirkten das anschauliche Vorbild der mütterlichen Erkrankung, die Sehnsucht nach der Mutter, die sich in Form des Festhaltens an der Art ihrer Erkrankung äußern konnte, die Abwehr gegen den Vater und die einst geliebte Schwester, der Widerwille gegen die Berufstätigkeit, die zwiespältige Einstellung zu der Geliebten und daneben ein im Beruf unbefriedigter Ehrgeiz zusammen, um die Symptome immer weiter zu unterhalten. Wenn sie gerade abends besonders stark auftraten, so war das durch den Umstand bedingt, daß er abends besonders häufig dienstliche Verpflichtungen gesellschaftlicher Art hatte, die ihm auch dadurch sehr unsympathisch waren, weil er dabei auf den sozialen Unterschied zwischen seiner Geliebten und den Damen der Gesellschaft immer wieder hingewiesen wurde. Während der Behandlung reagierte er auf jede Besprechung dieser einzelnen, die Krankheit bedingenden Faktoren prompt mit vermehrten Beschwerden. In demselben Maße, wie die Zusammenhänge immer klarer wurden, wurden zuerst die Stirnkopfschmerzen immer geringer, und zuletzt hörten auch die Schnupfenbeschwerden vollkommen auf.

Ohrgeräusche sind bekanntlich eine sehr häufige und teilweise außerordentlich quälende Erkrankung. Sofern sie rein auf organische Ursachen zurückzuführen ist, gehört sie natürlich nicht hierher. Aber die große Zahl der Fälle zeigt eine außerordentlich weitgehende Verbindung mit allen möglichen seelischen Faktoren. Vor allem weist die Art und der Inhalt der Geräusche häufig auf eine unverkennbar psychisch bedingte Beimischung hin. So hörte z. B. eine Kranke, die vorher schon an organisch begründeten Ohrgeräuschen gelitten hatte, von dem Augenblick an, wo sie von ihrem Mann schwer gekränkt worden war, dauernd anstatt der vorherigen unbestimmten Geräusche den Choral: „O Haupt voll Blut und Wunden". Sie verglich sich also mit dem gequälten Christus und suchte Trost in diesem Vergleich. Häufig sind gerade diese stark psychischen Beimischungen das eigentlich Quälende an den Geräuschen, und es ist oft überraschend, zu sehen, wie schnell sie einer psychischen Behandlung im Sinne der Analyse oder auch nur der Aufklärung weichen, selbst wenn sie Jahre lang bestanden haben.

Fräulein L. F., an sich ein völlig gesunder, frischer Mensch, körperlich keine besonderen Beschwerden außer einer starken Schwellung der Nasenschleimhäute. Objektiv lag, wie mir der behandelnde Nasen- und Ohrenarzt

mitteilte, eine Eiterung der Kieferhöhle und des linken Siebbeines vor. Die Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung war dadurch kompliziert, daß die linke Nase durch eine große Septumdeviation sehr eng war und ferner dadurch, daß sowohl Kokain wie Novokain die Schmerzen wenig herabsetzte und daß außerdem nach dem Gebrauch von Suprarenin eine sehr starke reaktive Schwellung sich zeigte, die den Abfluß des Sekrets immer wieder verhinderte. Als sie zu mir kam, bestand noch eine sehr starke, nach Ansicht des vorher behandelnden Nasenspezialisten durch die vorhergegangene Operation nicht mehr genügend begründete Schwellung und Sekretion der Nasenschleimhäute, völlig nasale Sprache, erhebliche Belästigung dadurch, daß sie infolge der Schleimhautschwellung durch die Nase nicht atmen konnte.

In der ersten Sitzung erklärt sie auf Befragen, sie habe in der letzten Zeit immer, wenn sie keine Lust zu einer Arbeit gehabt habe, gewünscht, krank zu werden. Vor einigen Jahren habe sie sich glühend eine Stirnhöhlenentzündung gewünscht. Sie habe irgendwo ein junges Mädchen gesehen, wisse aber durchaus nicht mehr wo, das infolge einer solchen Entzündung zwei Narben auf der Stirne gehabt habe, was sehr interessant ausgesehen habe. Bei Einstellung auf dieses Mädchen fällt ihr plötzlich ein Mädchen aus der Frauenschule ein. Als diese sie eines Tages habe fallen lassen, habe sie auch den glühenden Wunsch gehabt, zu erkranken. Außerdem gibt sie an, sie habe keine Lust mehr, in eine bestimmte Abteilung der Frauenschule zu gehen und habe daher wohl zum Teil auch die Störung produziert. Außerdem habe sie in letzter Zeit immer mehr die Überzeugung bekommen, daß der Lehrerinnenberuf sie überhaupt nicht befriedigen würde. Sie habe überhaupt nicht das Gefühl, etwas zu können, obwohl sie nur gute Zeugnisse bekommen habe. Verliebt sei sie noch nicht gewesen, obgleich sie sehr viele Freunde habe. Sie habe ihnen gegenüber immer nur männliche Gefühle. Sie sei sich klar darüber, daß sie andere Gefühle nicht zugeben wolle und daß das eigentlich doch nicht natürlich sei. Sie gibt zu, daß sie außerordentlich stark an ihren Vater gebunden ist. „Vor 3 Jahren, als ich einmal einen Freund besonders schätzte, stand ich dem Vater einmal ganz objektiv gegenüber. Dieser Freund hat sich vor einem halben Jahre verlobt, und ich habe mich darüber wirklich aufrichtig gefreut. In diesen Tagen sollte nun seine Braut kommen, aber ich hatte noch sehr viel zu tun, und deswegen ging es nicht, außerdem bin ich ja dann mit der Nase erkrankt.“ (Vielleicht deshalb gerade krank geworden?) Sie muß lachen: „Es ist möglich, aber nein, ich glaube es doch nicht. Zuerst war ein Brief da von der Braut, über den ich mich gefreut habe, dann kam einer, in dem einige Redensarten waren, die mir gemacht erschienen, und das ärgerte mich.“ Schließlich sagt sie: „Ja, es ist vielleicht doch möglich, daß ich nicht wollte, daß die Braut käme, ich weiß aber nicht, weshalb ich es nicht wollte.“ Nach einigem Nachdenken fährt sie fort: „Ich glaube wirklich, ich hatte doch eine starke Wut gegen sie und auch gegen den Freund, aber ich wollte es mir nicht eingestehen.“ Im Halbschlaf tritt dann eine Szene auf, wo sie den Freund näher kommen sieht und ein starkes Angstgefühl hat. So sei es immer gewesen, wenn er in Wirklichkeit sich ihr körperlich zu nähern versuchte, sie habe eben nicht nur das Mädchen sein wollen. Am nächsten Tage erzählt sie, einer von den anderen Freunden habe sie auch gerne gehabt. Einmal habe sie mit ihm gerungen. „Es war ganz schön, aber dann hat er mich mal übergelegt und hinten drauf gehauen, und das war roh und tierhaft, und ich fühlte mich hinterher wie eine Dirne. Ich muß also doch etwas dabei empfunden haben, was ich für Unrecht hielt.“

Sie erzählt im Anschluß daran, daß sie einmal auch vom Vater Prügel bekommen habe, und daß ihr die Erinnerung daran nicht unangenehm gewesen sei. An dem Tage, an dem der junge Mensch sie verhauen habe, hat er bei einer anderen vorher dasselbe gemacht und sie habe da gedacht: „Eigentlich schade, daß er es nicht auch bei dir tut, aber er wird es nicht wagen, und ich werde es auch nicht zulassen.“ Sie habe dann noch einen anderen Freund, einen Russen, fabelhaft klug, künstlerisch, gut aussehend. Sie habe sich oft gesagt, da ihr Vater sehr antirussisch sei, das müsse ihn schwer ärgern. Aber der Vater sei ein sehr guter Mann, und als sie einmal versuchsweise zu ihm gesagt habe: „Was würdest du sagen, wenn ich einen Russen heiratete?“ habe er erklärt: „Das wäre nicht so schlimm.“ Seither sei ihr klar geworden, daß sie das doch nicht tun würde. Am nächsten Tage: „Ich habe mich immer als Mann gefühlt, und wenn Vater, Mutter und ich zusammen waren, pflegte ich immer zu sagen: ‚Wir Männer machen das und das und du (nämlich die Mutter) machst was anderes.‘“ Sie habe sich oft als die zweite Frau des Vaters bezeichnet. In letzter Zeit habe sie ab und zu leichte Selbstmordneigungen und dabei gesagt: „Otto (der Freund) kann dann ja ruhig denken, es sei seinetwegen.“ Sie gibt jetzt zu, daß die Nasenstörungen häufig stärker werden, wenn sie daran denke.

In der folgenden Sitzung kommen ihr im Halbschlaf, nachdem ich ihr unmittelbar vorher während einer Erklärung die Hand auf die Schulter gelegt hatte, zwei Bilder: zuerst hatte sie das Gefühl und auch dabei die deutliche optische Vorstellung, daß sich ein Pferdekopf an die betreffende Schulter anschmiegte, dann war sie auf einem Berg und fuhr in rasendem Tempo auf einem Schlitten den schneebedeckten Berg hinunter. Dann das Gefühl, als ob sie eine Schiffsmaschine hörte (Surren eines in der Nähe stehenden Apparates), Gefühl von Schwanken, „wollte mich an den Haaren der Bedeckung des Liegesofas festhalten“. Dabei die Erinnerung an eine Fahrt mit ihren Freunden. „Als ich die Haare der Liegestuhldecke anfaßte, fielen mir die Haare des russischen Freundes ein, und ich geriet in eine starke Erregung. Schließlich tauchten vor mir eine Reihe von Medaillons auf und darunter verschiedene Madonnen von della Robbia.“ Am Tage darauf galvanisierte ich ihr den Sympathikus, da sie über starke Schmerzen im Kopf klagte, und zwar mittels eines die Elektroden zusammenhaltenden Halsbandes. Dabei kommt ihr im Halbschlummer nachher die Erinnerung, wie der Vater mit ihr spazieren ging und er die Hand auf ihren Nacken legte. „Ich hörte dann im anderen Zimmer einen Apparat surren, wurde dadurch an ein Wehr erinnert, wo ich einmal mit einem Freund stand. Damals kam eine große Sehnsucht über mich. Ich sagte zu mir: ‚Sei still, Mutter.‘ Dann sah ich den Stempel, den mein Zeichenlehrer, der auch Mohr heißt, auf unsere Zeichnungen in der Kunstgewerbeschule zu drücken pflegte. Dann wurde das Band enger, und ich mußte an eine bestimmte Art von Enten denken, die Rohrenten. Sie haben ein weißes Halsband, das hinten nicht ganz geschlossen zu sein pflegt, und ich hatte das Gefühl, das Band ginge hinten doch zu (was das elektrische Halsband tatsächlich tat) und dachte: ‚Die Rasse ist ja dann nicht echt‘, und dabei fiel mir wieder der russische Freund ein. Dann habe ich das Gefühl, als ob am Hals gesaugt würde, und dann die Erinnerung, wie der Vater die Mutter kürzlich in dieser Gegend auf den Nacken geküßt hat.“ Sie weint nach dem Aufstehen heftig und sagt, sie wisse nicht, was sie mit sich anfangen solle, befinde sich, wie sie sich jetzt klar werde, schon seit langem in einer enormen sexuellen Spannung, möchte Mutter werden, kann aber vom Vater und von zu Hause überhaupt nicht los. „Ich habe, als

Vater kürzlich von Ihnen nach Hause kam (der Vater war auch von mir kurz behandelt worden), an seiner ganzen Art mir gegenüber gemerkt: das hat Dr. Mohr gemacht. Er ist jetzt nicht mehr so zärtlich, küßt mich nicht mehr so harmlos," und dann sei ein gewisses Rachegefühl mir gegenüber in ihr aufgetreten. Am nächsten Tage ist die bis dahin stark sezernierende Nasenschleimhaut wesentlich besser. Sie fragt spontan: „Ob mir wohl der Nasenarzt, als er mir in der Nase herumstieß, nicht auch eine Art von Befriedigung gegeben hat? Bei ihm selber war ich immer tapfer, aber nachher zu Hause bemitleidete ich mich und heulte." Im Anschluß daran Erzählung, daß, als sie kürzlich auf das Heimkommen des Vaters mit Mutter zusammen gewartet habe, sie sich in Mutters Zimmer auf deren Bett gelegt und gedacht habe: „Wenn der Vater jetzt kommt und ist vielleicht ein bißchen angetrunken, dann meint er, Mutter läge im Bett." Sie sei sich ganz klar darüber, was das bedeute. Der Nasenarzt habe immer zu ihr gesagt, wenn er sie aus dem Wartezimmer holte: „Komm mal, Fritze!" und habe sie dann unter den Arm gefaßt, „und wenn er mich dann untergefaßt hatte, habe ich manchmal gedacht: ‚Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen.'"

Tags darauf macht sie im Halbschlaf folgende Bemerkung: sie habe bisher gedacht, ich hätte dieselbe Locke auf der linken Seite wie der Vater, und ich sei ihr deswegen so sympathisch gewesen. Aber sie sehe jetzt, daß das nicht ganz stimme. Auch hätten meine Augen eine ähnliche Farbe wie die des Bekannten, der sie seinerzeit geschlagen habe. Und dann sei allerdings sofort das Bild eines Hexenmeisters aufgetreten, wenn sie an mich denke, weil ich einmal bei der Hypnose ihr unverständliche Worte gemurmelt hätte. „Dann sah ich einen Moment nichts, hierauf aber wieder eine große Hand, auf der ich ruhte, die ging ganz langsam hoch, ganz selbstverständlich. Hierauf sah ich eine große Schaufel mit sehr vielen Menschen, und alle anderen Menschen liefen dahinter her, dann eine andere Schaufel, die irgendwo festgebunden war, ich weiß nicht wo. Ich hatte dann wieder das Gefühl, die Sonne scheine mir ins Gesicht. Dann sah ich eine Lampe, dann Armleuchter mit brennenden Kerzen. Einmal hatte ich das Gefühl, daß mich das, worauf ich lag, festhielte und doch wieder nicht eigentlich festhielte, sondern nur bewirkte, daß ich ruhiger lag." Sie selbst gibt dann eine Erklärung für diese Bilder, indem sie sagt, sie identifizierte offenbar den Vater und mich und ebenso den Freund und mich. Die Bezeichnung als alter Hexenmeister sei offenbar eine Verhöhnung, die aber sofort durch den Gedanken, wie beruhigend ich auf sie wirkte, verdrängt werde: sie ruhe als Kind auf der Hand eines großen Erwachsenen und lerne dort die Dinge ganz selbstverständlich und natürlich betrachten und werde auf der Schaukel des Lebens von mir auf deren Sinn hingewiesen. In der Sonne, der Lampe und dem Armleuchter drückt sich wohl das Gefühl zunehmender Klarheit aus, ebenso wie in dem zuletzt genannten Gefühle, festgehalten zu werden, ohne eigentlich gehalten zu werden, die Überzeugung, daß sie zwar an mich gebunden ist, aber doch nur, um in Wirklichkeit nachher um so freier zu werden.

Einige Tage später taucht im Anschluß daran, daß sie allmählich immer mehr einsieht, wie sehr sie den verlobten Freund in Wirklichkeit geliebt hat und wie sie immer wieder in trotziger Abwehr diese Verliebtheit vor sich zu verbergen versucht hat, die Erinnerung daran auf, wie er einmal beim Schneeschuhlaufen einen Unfall erlitt. Sie hörte in der Hütte davon, es sei ein junger Mann verunglückt und dachte daran, er könnte es sein. Kurz darauf wurde das bestätigt. Als er nun blaß und krank aussehend mit einer tiefen

Wunde über der linken Stirne (in der Gegend, wo sie jetzt ihre Schmerzen hat) hereinkam, hatte sie das Bedürfnis gehabt, aufzuspringen und sich um ihn zu bemühen. Statt dessen tat sie so, als ob sie es überhaupt nicht bemerkte, unterhielt sich krampfhaft weiter mit einer ihr ganz uninteressanten Bekannten. Sie habe sich später dann immer eingeredet, daß sie eigentlich Freundin der Verlobten des geliebten Mannes werden möchte. Im weiteren Verlauf kommt dann die homosexuelle Komponente in ihrer Erotik ebenfalls deutlich zum Vorschein, vor allem jenem anfangs erwähnten Mädchen mit der Narbe auf der Stirne gegenüber. Sie erinnert sich, daß sie noch mit 18 Jahren Mann und Frau gespielt haben und die Freundin sie immer „mein lieber Mann" angeredet habe. Noch jetzt habe sie ein Rieseln über den Rücken, wenn sie an diesen Kosenamen denke. Ähnliche intime aber niemals körperliche sexuelle Beziehungen habe sie noch mit zwei anderen Mädchen gehabt. Als sie 3—4 Jahre alt war, kam sie eines Tages mit offenen Höschen nach Hause, und die Mutter erzählte ihr später, daß ein Junge ihr da unten herum gespielt habe. Sie selbst erinnert sich daran gar nicht mehr, wohl aber an eine andere Szene, wo sie auf einer Schubkarre desselben Jungen saß und er ihr die Strümpfe heruntergezogen und an den Beinen gespielt hatte. „Mein Vater hatte es mit angesehen, und ich wurde furchtbar verhauen, hatte auch ein sehr schlechtes Gewissen dabei." Sie habe gestern, nachdem diese Erinnerung wiedergekommen sei, den ganzen Tag Nietzsches Wort: ‚Du gehst zu Frauen? Vergiß die Peitsche nicht!' in sich herumgehen fühlen und habe auch jetzt noch eine deutliche Lust, wenn vom Schlagen die Rede sei. Sie sähe selbst ein, daß damals die Assoziationen: Sexuelles Verbot — Vater — Schlagen entstanden seien, und es sei daher kein Wunder, daß sie zwar eigentliche sexuelle Wünsche dem Vater gegenüber bewußt nie gehabt habe, wohl aber öfter den Wunsch, von ihm und auch von anderen Männern geschlagen zu werden. In der Nacht darauf hat sie einen Traum: „Ich sah ein großes vornehmes Haus, breite Treppen, tadellos gekleidete Menschen. Unten war ein Schild, darauf stand: Bestellungen unten. Dort unten war ein gräßliches, dickes, schlumpiges Frauenzimmer. Da wurden alle die Gemüse, Fische usw. abgegeben, und davon machte sie schöne Gerichte, die dann oben von den gut gekleideten Menschen verzehrt wurden. „Ich bin mir ganz klar darüber, was der Traum bedeutet: die Bestellungen, die unten gemacht werden, die verboten sind, und die nur von einem minderwertigen weiblichen Wesen angenommen werden können, werden so lange von unseren kulturellen Forderungen bearbeitet, bis sie oben für die feinen vornehmen Kulturmenschen annehmbar werden. Dann träumte ich, ich wäre zu einer Dirnenvermieterin gegangen, um zu sehen, wie es da aussah, und ich tat so, als ob ich mich dann auch vermieten wollte. Es war genau dieselbe Frau wie in dem vorhergehenden Traum, und ich hatte das Gefühl: ‚Du kannst es wirklich tun, tust es aber in Wirklichkeit doch nicht.'" Solche Ideen habe sie schon früher gehabt als sie einmal zufällig in eine Dirnengasse in einer Stadt geraten sei. Zuerst habe sie diese abgestoßen, nachher aber habe sie doch den starken Wunsch gehegt, das kennenzulernen. „Das Weib wollte, ich sollte mich ausziehen. Ich wollte es nicht tun, aber ich mußte es tun, denn einige Dirnen sahen mir zu, und wenn ich es nicht tat, würden sie mich beißen, und ich würde geschlechtskrank werden. In dem Augenblick, als ich in das Haus ging, hatte ich das Gefühl, wie man es hat, wenn ein Zug herangebraust kommt. Man möchte sich darunter werfen, man könnte es tun oder auch nicht tun. Dann sah ich noch eine ganze Menge Waschgeschirre und dann eine Wasserleitung, und

als ich an die Wasserleitung dachte, fiel mir ein, daß ich einmal sah, wie unsere Ziege vom Bock gedeckt wurde, wie sich dabei das Genitale zusammenkrümmte und dann die Ejakulation erfolgte."

Die Sekretion der Nasenschleimhäute war nach einer vierzehntägigen Behandlung analytischer Art völlig verschwunden, das Allgemeinbefinden in jeder Hinsicht normal, und die Kranke ist auch nachher dauernd frei von allen Beschwerden geblieben und schrieb mir später, sie habe nicht bloß ihre Nasenstörung bei mir verloren, sondern sei, was ihr weit wichtiger erscheine, ein ganz anderer Mensch geworden, der mit unvergleichlich viel größerer Frische arbeiten und an die Aufgaben des Lebens herangehen könne.

Man kann natürlich, was den örtlichen Befund angeht, sagen, daß eine weitere Rückbildung der durch die Operation gesetzten Schleimhautstörungen „von selbst" erfolgt und durch die psychische Behandlung also in dieser Hinsicht nichts geleistet worden sei. Indessen spricht dagegen der Umstand, daß die Kranke vorher wochenlang keine Änderung in ihrem Zustande erfahren hatte und die offenbar abnorm starke reaktive Schwellung und Sekretion nach der Operation erst mit dem Einsetzen der ersten analytischen Erkenntnisse zu weichen begann.

Von sonstigen Erkrankungen, die in das hier besprochene Gebiet fallen, seien nur noch die zahlreichen Fälle von Sprach- und Stimmstörungen genannt, die ursprünglich organisch bedingt, später psychisch fixiert bzw. verstärkt werden, ferner die häufigen Katarrhe der oberen Luftwege, Anginen und Kieferhöhlenaffektionen, die neben ihrer organischen Grundlage von der psychischen Seite unterhalten und als Symbolausdrucksmöglichkeiten benutzt werden.

Augenkrankheiten.

In der Augenheilkunde als demjenigen Zweige der Medizin, der über die exaktesten Untersuchungsmethoden verfügt, ist, entsprechend dieser verhältnismäßigen Klarheit der Diagnosen und des therapeutischen Vorgehens, die Berücksichtigung psychischer Faktoren früher lange Zeit besonders wenig geübt worden. Daß das nicht mit Recht geschieht, darauf habe ich in einem Vortrage (197) hingewiesen, dessen Inhalt hier im wesentlichen wiedergegeben ist. Von augenärztlicher Seite hat neuerdings besonders Hummelsheim (113) der Bedeutung psychischer Einflüsse die ihnen gebührende Würdigung zuteil werden lassen. Auf diese für unsere Zwecke wichtige Arbeit sei besonders verwiesen.

Es sei zunächst an die vielen Beziehungen der Augenkrankheiten zu allgemeinen Erkrankungen erinnert: überall, wo bei diesen psychische Faktoren mitspielen, werden auch die Augensymptome indirekt von den letzteren mit abhängig sein, so daß z. B., wenn der Diabetes durch seelische Erregungen verstärkt oder durch seelische Beruhigung gebessert wird, auch die Möglichkeit einer Beeinflussung der durch diese

Erkrankung hervorgerufenen Augensymptome gegeben ist. Ähnliches gilt von der Beeinflussung des Flimmerskotoms durch Beruhigung des Affektlebens und der mit ihm aufs engste zusammenhängenden Blutgefäßreaktion bzw. Magen-Darmstörungen. Bei mir selbst habe ich in dieser Beziehung ganz unzweideutig beobachten können, daß ein Flimmerskotom, das sich eine Zeitlang in kurzen Abständen bei mir einstellte, in sehr hohem Grade gebessert, d. h. in seiner Häufigkeit und Stärke nachgelassen hat, seitdem ich mir über die auslösenden Ursachen, die zum guten Teil seelischer Natur waren, klar geworden bin. Ähnliches gilt von hochgradigen Anämien und ihren Wirkungen auf die Augen. Wer weiß, wie oft Nephritiden in weitgehendem Maße, namentlich was die Wasserausscheidung anbelangt, von Erregungen und Hemmungen psychischer Art abhängig sind, der wird sich nicht darüber wundern, daß auch hier die Gelegenheit zur Einwirkung auf die, die Nephritis oft begleitenden Augensymptome vorhanden ist.

Was die einzelnen Augenerkrankungen selbst betrifft, so sind, wie auf anderen medizinischen Gebieten, Schmerzen der verschiedensten Art und Lokalisation in enormem Grade von der Reizverarbeitung seitens des Gehirns abhängig, also einer seelischen Einwirkung zugänglich.

Der Lidkrampf, d. h. der Krampf des M. orbicular. palpebr., wie er bei Migräne, Tetanie, epileptischen Zuständen und noch viel häufiger als Teilerscheinung bei Neurasthenie und Hysterie auftritt, ist ein dankbares Objekt psychischer Behandlung. Als organische Grundlage findet man meist eine gewisse körperliche Überanstrengung lokaler oder allgemeiner Art. An diese knüpft dann die abnorme Reizverwertung an: entweder ist der Wunsch, mit den Augen nicht arbeiten zu müssen, oder die unbewußte Abwehr dagegen, etwas mit ansehen zu müssen, was als peinlich oder als unmoralisch empfunden wird, maßgebend. Den ersten Modus sieht man nicht selten z. B. bei Beamten, die eine ihnen unsympathische Tätigkeit, etwa mit unangenehmen Vorgesetzten, leisten sollen oder aus Ehrgeizgründen gegen den Beruf eingenommen sind; den zweiten Modus z. B. bei Frauen oder Kindern, die etwas mit angesehen haben, was sie für unrecht hielten (z. B. exhibitionistische Akte), und die sich nun unbewußt selbst bestrafen oder sich selbst gegen die Versuchung zu sichern bemüht sind, die verbotenen Dinge zu sehen, indem sie die Augen halb geschlossen halten müssen. Einen Fall der letzteren Art habe ich vor kurzer Zeit beobachtet. Die betreffende Kranke konnte, als während der Analyse eine Szene zum Vorschein kam, wo sie den Vater nackt gesehen hatte, tagelang vor heftigem Lidkrampf die Augen nur zeitweise öffnen, und erst nach völlig klarem Wiedererscheinen der betreffenden Erinnerung verschwand dieses Symptom. Übrigens kommen ähnliche Zustände, aber ohne eigentliche Krampferscheinungen, nur mit dem Gefühl, man könne

die Augen nicht mehr öffnen, gerade bei Patienten mit solchen Reminiszenzen verhältnismäßig sehr häufig vor. Aufklärung und Psychoanalyse, aber auch manchmal Hypnose führen da meist rasch zum Ziel.

Krankhaftes Tränenträufeln ist ein Symptom, das, ob es nun der Ausdruck allgemeiner reflektorischer Übererregbarkeit ist, oder ob es sich an Verletzungen der Bindehaut oder Hornhaut anschließt, ebenfalls durch psychische Einwirkung oft in weitgehendstem Maße beeinflußbar erscheint. Dasselbe gilt von derjenigen Form von Bindehauthyperämie, die sich an den sogenannten Heuschnupfen anschließt. Wie sehr dieser von seelischen Momenten abhängig ist, könnte ich durch eine große Zahl von Krankengeschichten belegen, die zeigen, daß eine Behandlung, die die lokalen Reizungen durch die Pollenkörner einschränkt und gleichzeitig die falsche psychische Verarbeitung dieser Reizwirkungen ausschaltet, eine geradezu souveräne Methode ist, gegenüber der alle rein lokalen und klimatischen Mittel weit zurückstehen müssen (vgl. darüber die Ausführungen a. a. O.).

Uvealerkrankungen bei Lactatio nimia und Chlorose hängen sicher teilweise mit Vorgängen im Urogenitalsystem zusammen, vor allem mit Amenorrhöe und Dysmennorrhöe. Da letztere oft in ganz ausgesprochener Weise psychisch bedingt sind, so wird man von dieser Seite her auch die Augensymptome angreifen können.

Die aus den Gefäßen der mittleren Abschnitte der Uvea oder auch der Netzhaut stammenden rezidivierenden Blutungen mit ihren Folgen beobachtet man bekanntlich ebenfalls bei Menstruationsanomalien, Herzstörungen, bei zessierenden oder gestörten Hämorrhoidal- und Menstruationsblutungen. Sie sind wie diese einer Besserung durch ein entsprechendes psychophysisches Vorgehen zugänglich. Einen Fall von Netzhautblutungen habe ich kürzlich bei einer Lehrerin behandelt, die im unmittelbaren Anschluß an die geistige Erkrankung ihrer Schwester die Augenerkrankung bekam. Der Blutdruck war, ohne Nierenaffektion, erheblich gesteigert und die Blutungen rezidivierten mehrfach trotz entsprechender lokaler und allgemein-medikamentöser augenärztlicher Behandlung. Sie hörten erst auf, als es gelungen war, der Patientin zu zeigen, wie sie in diesen Blutungen gewissen Schuldgefühlen der Schwester gegenüber Ausdruck gab, und bis sie im allgemeinen seelisch so weit beruhigt war, daß der offenbar psychisch bedingte hohe Blutdruck wieder zur Norm zurückkehrte.

Ob die sogenannte Episcleritis periodica fugax auch auf diesem Wege anzugreifen ist, kann ich mangels eigener Beobachtungen nicht sagen; wahrscheinlich ist es mir in hohem Grade.

Die Wichtigkeit nervöser, d. h. psychischer Einflüsse auf Glaukome wird ja wohl von allen erfahrenen Augenärzten zugegeben. Fernhaltung von psychischen Erregungen, die bekanntlich nicht ganz selten dem Ausbruch des akuten Glaukoms vorangehen, die Notwendigkeit, Störungen

und Schwankungen der Herztätigkeit, des Blutkreislaufes, des Blutdruckes und der Verdauungstätigkeit möglichst zu vermeiden, wird dabei immer wieder hervorgehoben. Wer weiß, wie eng Affekte mit Blutgefäßveränderungen, Herzstörungen, Blutdruckänderungen und auch mit der Verdauungsfunktion zusammenhängen, der wird schon rein theoretisch nicht daran zweifeln können, daß auch bei dieser Krankheit einer psychischen Beeinflussung weiter Spielraum zukommen muß. In der Tat konnte ich in einem, selbstverständlich augenärztlich beständig kontrollierten und weiterbehandelten Falle von Glaukom auf dem Wege einer psychoanalytischen Behandlung eine ganz wesentliche Besserung der subjektiven und auch der objektiven, von augenärztlicher Seite nachgeprüften Symptome feststellen, und es war interessant, zu beobachten, wie jede neue analytische Erkenntnis bei dem betreffenden Kranken prompt mit einer deutlichen Reaktion seitens seiner Augensymptome quittiert wurde.

Da alle Arten von Süchten, namentlich Alkoholismus- und Nikotinmißbrauch, letzten Endes auf einem unbewußten Sichflüchten in Betäubungsmittel vor irgend welchen unlusterregenden Lebensverhältnissen beruhen, so muß auch bei den, auf Alkohol- und Nikotinmißbrauch zurückzuführenden Augenstörungen eine Berücksichtigung der psychischen Komponente günstig wirken.

Die spontane idiopathische Netzhautlösung mit ihren verheerenden Folgen wird, soviel mir bekannt, auch von ophthalmologischer Seite als eine sekretorische Neurose angesehen. Eigene Erfahrungen habe ich darüber nicht sammeln können; aber nach dem Obigen erscheint es durchaus gerechtfertigt, anzunehmen, daß es möglich sein muß, hier durch eine psychische Beeinflussung der sekretorischen Vorgänge direkt augenrettend zu wirken. Wenn man es, wie ich, erlebt hat, daß ein schwerer akuter Heuschnupfen mit hochgradiger Bindehauthyperämie, heftigem Tränen der Augen, Schwellung sämtlicher Schleimhäute der Luftwege und stärkster Atemnot durch eine einzige Hypnose restlos und dauernd beseitigt wurde, der wird an der Möglichkeit einer Umstimmung solcher sekretorischer Störungen nicht mehr zweifeln können.

Aber auch bei andersartig bedingten Netzhautablösungen ist ja Fernhaltung aller Gemütserregungen und möglichst lang durchgeführte ruhige Lage von größter Bedeutung: für beides kann eine sachgemäße Aufklärung und Beruhigung Beträchtliches leisten. Bei einer Dame meiner Klientel, die an einer leichten Form des manisch-depressiven Irreseins leidet, konnte ich ganz regelmäßig mit dem Einsetzen deprimierter Stimmung eine Zunahme der Symptome ihrer Netzhautablösung beobachten. Sie gab mir eines Tages spontan an, daß, seitdem sie mit den Vorgängen in ihrem Seelenleben besser Bescheid wisse, auch ihre Augenbeschwerden sich bedeutend gebessert hätten. Natürlich hatten sich nicht die objektiven Veränderungen, wohl aber die psychische Verarbeitung der letzteren gebessert.

Wesentlich funktionelle Augenstörungen, wie Blendungsgefühl, subjektive Farbenstörungen, allgemeine Herabsetzung des Farbensinns, konzentrische Gesichtsfeldeinengungen, Herabsetzung der zentralen Sehschärfe, rasche Ermüdbarkeit beim Sehakt sind natürlich ganz besonders günstige Objekte psychotherapeutischer Beeinflussung. Wie stark die Alterssichtigkeit je nach dem Grad seelischer Ablenkung wechseln kann, weiß wohl jeder sich selbst beobachtende Mensch. Weniger bekannt ist die Tatsache, daß besonders bei Kindern, aber auch oft genug bei Erwachsenen psychisch bedingte Sehstörungen vorkommen, die der Kurzsichtigkeit ähneln oder aber eine vorhandene Kurzsichtigkeit sehr viel stärker erscheinen lassen, als sie in Wirklichkeit ist.

Von einem wegen Schielens operierten jungen Mädchen wurden trotz gut gelungener Operation noch monatelang stark störende Doppelbilder angegeben. Sie verschwanden erst von dem Moment ab, wo ich ihr auf Grund unserer analytischen Besprechungen klarmachen konnte, daß sie die Doppelbilderinnerungen festhielte, um auf diese Weise ihre Doppeleinstellung zu Vater und Mutter sinnbildlich zum Ausdruck zu bringen. Von da an verschwand das Symptom mit einem Schlage.

Die periodisch wiederkehrenden Okulomotoriuslähmungen, die Migraine ophthalmoplegique Charcots, habe ich in zwei Fällen beobachtet, und in einem von ihnen, der lange genug in Behandlung blieb, ist es gelungen, sie nach Aufklärung über die dabei wirksamen psychischen Mechanismen dauernd zum Verschwinden zu bringen. Auch bei zahlreichen sonstigen Motilitätsstörungen der Augenmuskulatur, selbst wenn sie durchaus nicht rein funktioneller Natur sind, wird oft die körperliche Ursache zu ausschließlich betont und nicht bedacht, daß die Augenmuskeln genau so gut in weitgehendem Maße der Einwirkung psychischer Faktoren unterliegen wie die übrigen Körpermuskeln, mag es sich nun um paralytische oder spastische Zustände handeln. Man denke nur daran, wie oft gewisse Formen des Schielens nicht nur durch allgemeine, körperlich-schwächende Umstände, sondern auch durch heftige Affekte verstärkt und verändert werden und wie gerade auf diesem Gebiet Seelisches und Körperliches aufs stärkste ineinander und durcheinander wirken.

Akkommodationsstörungen, seien sie nun infolge gewisser Infektionen entstanden oder eine Teilerscheinung allgemeiner Erkrankung wie Anämie, Chlorose und nervöser Zustände (Asthenopia neurasthenica) pflegen mit besonders heftigen subjektiven Beschwerden verbunden zu sein: dumpfe, drückende Schmerzen in und um das Auge, in der Stirne, in der Nackengegend, Nebel vor den Augen, Brennen und Trockenheit, leichte Empfindlichkeit usw. Sie kommen daher verhältnismäßig häufig auch den Neurologen und Internisten zu Gesicht. Gerade diese Fälle sind durch Psychotherapie besonders schnell und auch dauernd zu heilen,

ebenso die sogenannten Kornealneurosen und die oft sehr hartnäckigen Trigeminusneuralgien, sofern sie nicht rein organisch bedingt sind, was viel seltener der Fall ist, als das Umgekehrte.

Wie enorm stark beim Zustandekommen des kortikalen Sehaktes psychische Faktoren der verschiedensten Art mitwirken, ist für jeden klar, der auch nur ein wenig psychologische Kenntnisse hat. Es erscheint daher als selbstverständlich, daß gerade für die Art des Sehens unbewußte Einflüsse in weitestem Umfang maßgebend sind. Ein Fall von Nachtblindheit hat mir das kürzlich erst wieder bewiesen. Die Dame war dauernd mit ihrem Manne in lebhaften Differenzen. Es war jedesmal zu beobachten, daß, wenn sie abends in Erregung über den Mann nach Hause gehen oder abends zu irgend welchen ihr unangenehmen Verrichtungen von Hause weggehen mußte, die Nachtblindheit einen Grad annahm, der ihr jedes Gehen ohne Begleitung unmöglich machte. Die Aufdeckung der Tatsache, daß sie auf diese Weise unbewußt versuche, sich ihrem Mann zu entziehen oder wenigstens nichts Besonderes für ihn leisten zu müssen, brachte den Zustand vollkommen zum Verschwinden.

Chirurgie.

Daß auch für die Chirurgie die Berücksichtigung psychischer Einflüsse von der größten Bedeutung ist, darauf wurde vor allem von Garré (80, 81) in vorbildlicher Weise sehr eindringlich hingewiesen. Sie kommt hier z. B. in Frage als Hilfe bei der Narkose, ebenso bei der Überwindung von allerlei Unlust während der Nachbehandlungszeit und bei der Hervorrufung von erhöhter Willensenergie für Übungen lange ruhig gestellter Glieder. Würde diese Seite mehr in Betracht gezogen werden, so ließen sich erstaunlich viele Rentenfälle in Ordnung bringen, und es würde sich namentlich zeigen, daß orthopädische Institute mit besonderem Erfolg Pflegestätten psychischer Einwirkung sein könnten, währenddem heute eine seelenlose, oft nur von untergeordnetem Personal geleitete Apparatbehandlung nicht selten mehr schadet als nützt. In wie vielen Fällen sich an chirurgische Eingriffe komplizierte, psychophysisch bedingte Nachkrankheiten anschließen, hat uns ja vor allem der Krieg hinlänglich bewiesen.

Auch bei den Vorgängen der Wundheilung spielt das Psychische eine große Rolle. Das ist ja nach den oben mitgeteilten Untersuchungen über die Wirkungen der Psyche auf die Blutverteilung heute noch weit einleuchtender als früher, wo „das Besprechen" der Wunden eine dunkle Ahnung dieser Verhältnisse zeigte.

Welcher Wert einer psychophysischen Betrachtung in diagnostischer Beziehung zukommt, namentlich für die Diagnosen der Baucherkrankungen — man denke z. B. an die sogenannte Pseudoappendizitis — kann nur der ermessen, dem häufig nicht beseitigte Beschwerden nach Operationen

in die Hände kommen. Was mir eines Tages einer unserer namhaftesten Gynäkologen versicherte, daß er, seitdem er psychisch zu behandeln und psychologisch zu denken verstehe, 50% weniger operiere als früher, das gilt in gewissem Grade ganz sicher für die Chirurgie im allgemeinen, wenigstens wie sie heute in der Praxis geübt wird. Es ist eben einfacher zu laparotomieren, als den ganzen Menschen von der psychischen und physischen Seite her zu erfassen!

3. Die direkten Einflüsse des Körpers auf die Psyche.

Die unmittelbaren Einflüsse des Körpers auf die Psyche sind teilweise so allgemein bekannt, daß es einer besonderen Erwähnung in mancher Hinsicht kaum bedarf. Auf der anderen Seite wissen wir auch darüber noch wenig wissenschaftlich Exaktes. Doch sei wenigstens auf einige Punkte hingewiesen, um zu zeigen, daß diese Seite genau so gut Berücksichtigung verdient, wie die Einwirkung des Psychischen auf das Physische.

Daß schwere Allgemeinerkrankungen auch das psychische Gleichgewicht häufig aufs schwerste stören, daß bestimmte Krankheiten durch ihr Virus eine bestimmte Art seelischer Einstellung hervorrufen können, so z. B. die Tuberkulose ausgesprochene erotische Stimmung, ist bekannt. Die Schwangerschaft läßt häufig eigenartige Gelüste entstehen; klimakterische oder sonstige, mit hormonalen Änderungen einhergehende Störungen machen Depressionen, Nahrungs- und Wassermangel zwingen die psychischen Instanzen durch die Empfindungen von Hunger und Durst zum Essen und Trinken. Das alles ist bekannt, aber es wird meist nicht bedacht, was es eigentlich, psychophysisch betrachtet, bedeutet. Noch weniger denkt man gewöhnlich daran, daß es auch eine Art partiellen Hungers gibt und daß Mangel an Eiweiß, Fett, Kohlehydraten, Salzen, positive und negative Triebrichtungen erzeugen können (Bleuler).

Wie sehr gewisse Stoffwechselstörungen und Blutkrankheiten, z. B. Fettsucht, Diabetes, perniziöse Anämie, auf die gesamte Lebensenergie, auf den Trieb, sich durchzusetzen, wirken können, sehen wir alle Tage. Eine träge Darmtätigkeit hat nicht nur Einfluß auf die Stimmung, sondern auch auf den Ablauf der Vorstellungs-, Assoziations- und Willenstätigkeit. Ganz besonders stark ist der Einfluß körperlicher Vorgänge auf seelische Funktionen bei der Wirkung der Hormone zu beobachten. Man braucht nur an den Basedow, an bestimmte Adnexerkrankungen beim Weibe, an die Willensstörungen bei Addison und bei der Fettsucht zu denken.

Die Wechselwirkung, die wir bei Ermüdung und Schlaf beobachten können, liefert uns auch besonders eindringliche Belege für die Bedeutung der Wechselwirkung überhaupt. Die Ermüdung ist zum Teil durch Anhäufung von Stoffwechselprodukten und Mangel an Ersatzmaterial bedingt, aber unter seelischen Einflüssen können unsere Muskeln weit mehr leisten,

als es gewöhnlich der Fall ist, ohne daß sie stärker ermüden. Was man in der Hypnose und bei Geisteskranken in dieser Hinsicht sieht, läßt sich von wachen, normalen Menschen höchstens bei größter Übung leisten. Soldaten auf Märschen können teils unter Affektwirkung, teils infolge von Automatisierung der Bewegungsvorgänge Überleistungen größten Stils vollbringen. Das Automatische ermüdet ja überhaupt viel weniger als das bewußte Handeln.

Ermüdungsstoffe lassen Schlaf entstehen, ebenso aber und in noch viel höherem Grade psychische Faktoren, wie festgefügte Assoziationen (z. B. zwischen Ort und Zeit und Schlafbedürfnis), Verstimmungszustände, Wunsch nach Vergessen unlustbetonter Vorstellungen und Gedanken. Das Erwachen aus dem Schlaf ist einerseits durch körperliche Erholung (Wegschaffung der Ermüdungsstoffe) und andererseits durch seelische Umstände hervorgerufen: Einstellung auf eine bestimmte Zeit, auf bestimmte Geräusche, wenn auch noch so leiser Art, Erwartungsvorstellungen, während andererseits der größte Lärm uns gleichgültig ist und uns nicht zu wecken vermag. Das Kind, das nachts, wenn es von Angst oder Eifersucht auf einen der Elternteile bewegt wird, schon beim leisesten Geräusch erwacht, schläft morgens, wenn es die Mutter zu sich ins Bett genommen hat, ruhig weiter trotz Licht- und Gehörseinwirkungen stärkster Art. Bei Geisteskranken sieht man nicht selten, daß sie mit einem Minimum an Schlaf auskommen. Es muß also, wie Bleuler mit Recht sagt, eine gewisse Trennung der chemischen und der psychischen Schaltung des Schlafes möglich sein. Würden die Kranken physisch ebenso wenig schlafen wie psychisch, so müßten sie, meint er, innerhalb spätestens acht Tagen zugrunde gehen. Die Äußerung eines seiner Patienten, Schlaflosigkeit an sich habe überhaupt wenig zu bedeuten, Schaden bringe nur die Sorge, die man sich darum mache und die daraus folgende Unruhe, trifft den Nagel auf den Kopf.

„Da der Schlaf eine Erholungsfunktion ist, müssen wir annehmen, daß sein Wesen in einer bestimmten chemischen Einstellung der nervösen Substanz besteht oder, anders ausgedrückt, in einer Einstellung, welche die chemischen Vorgänge in der nervösen Substanz verändert, d. h. zu gewissen Teilen umkehrt. Es ist sehr interessant, daß die chemische Tätigkeit nicht nur der Drüsen und indirekt die der Muskeln von den Einstellungen des Zentralnervensystems abhängig ist, sondern daß ebensogut durch unseren Willen der vorwiegende Katabolismus des Zentralnervensystems selbst in einen vorwiegenden Anabolismus verwandelt werden kann."

4. Einiges über die Grundlagen psycho-physischer Wechselwirkung.

Aus dem bisherigen geht wohl zur Genüge hervor, daß es kein Gebiet der Medizin gibt, wo psychische Faktoren in der Krankheitsentstehung und -heilung nicht eine große Rolle spielen und wo sie sich mit den physischen nicht zu innigster Wechselwirkung[1]) verbinden.

Wir werden uns nun aber fragen müssen, welche primitiven Tatsachen bringen uns dem Verständnis des Einflusses der Psyche auf den Körper und umgekehrt näher, „erklären" sie uns in dem Sinne, daß dadurch Komplizierteres auf Einfacheres zurückgeführt werden kann?

Da müssen wir uns zunächst daran erinnern, daß der psychophysische Organismus des Menschen von heute das Ergebnis einer unbekannt langen Entwicklung ist und daß wir infolgedessen eine große Zahl vorgebildeter Mechanismen mitbekommen haben. Neben Mienenspiel, Gesten und Physiognomik müssen wir hierzu rechnen jene Dispositionen, von denen zuerst Kraepelin gezeigt hat, daß sie ein Wiederauferstehen atavistischer Bildungen sind, und die sich im Krampfanfall, in den Fruchtreflexen, in gewissen spasmodischen Erscheinungen, in zahlreichen Symptomen bei geistigen Erkrankungen, wie dem Stupor, den Stereotypien zeigen, überhaupt bei jeder Gelegenheit, wo die archaischen Schichten an die Oberfläche drängen.

Weiter hier in Betracht kommende Faktoren sind: Vererbung und Konstitution[2]). Freilich bewegen wir uns hier auf einem an sich schon so hypothesenreichen Boden, daß die daraus zu holenden praktischen Früchte ebenfalls von problematischem Werte sind. Der Begriff der erblichen Belastung speziell ist einer jener Begriffe, die in der Medizin die Rolle eines Lückenbüßers für alle physiologischen und psychologischen Unzulänglichkeiten spielen müssen. Selbstverständlich gibt es zahllose Beweise für das Bestehen von erblichen Dispositionen. Man braucht nur an das manisch-depressive Irresein zu denken. Aber man vergißt heute in der Medizin noch viel zu sehr, daß solche Veranlagungen erst durch ihr Zusammentreffen mit unendlich vielfältigen anderen psychophysischen Einflüssen der Umwelt und des Erlebens zu Erkrankungen werden und daß diese individuellen Umweltbedingungen und Erlebnisse dementsprechend zu sehr verschiedenen Ergebnissen führen: dieselbe Veranlagung, z. B. große Sensibilität, kann bei einem Menschen zu bedeutenden Leistungen künstlerischer, sozialer, religiöser, politischer Art, beim anderen zum Verbrechen, beim dritten zu Erkrankungen und beim vierten zu

---

[1]) Es braucht hier wohl nicht noch einmal besonders hervorgehoben zu werden, daß ich hier den Ausdruck „Wechselwirkung" nur im rein praktischen, nicht im philosophischen Sinne verwende.

[2]) Betreffs des Begriffes und Umfanges der Konstitution und Vererbung vgl. Martius „Konstitution und Vererbung". Springer, Berlin 1914.

einer Mischung all dieser Möglichkeiten führen. Gerade diese Tatsache muß uns veranlassen, den Begriff der erblichen Belastung, anstatt daß man ihn, wie bisher, meistens als Grund zur Passivität in therapeutischer Hinsicht nimmt, vielmehr als Ausgangspunkt zu aktivem Vorgehen zu benutzen.

Verschiedene Konstitutionsformen, besonders des endokrinen Apparates, bilden die Grundlage für das Auftreten bestimmter Störungen: so ist eine hyperthyreotische Konstitution, die mit lebhaften cholerischen Eigenschaften des Temperaments verbunden zu sein pflegt, zu starken Wirkungen des Affektlebens im Sinne rascher, explosiver Bewegung, schneller Abmagerung, Neigung zu Schweißausbrüchen, zu Kongestionen, zu Durchfällen mehr disponiert, als der Mensch mit einer Unterfunktion der Schilddrüse, bei dem eine Tendenz zur Korpulenz, Haarausfall, Hautaffektionen, frühzeitiger Arteriosklerose, eine Bereitschaft für Erkrankungen nach dieser Richtung hin schafft.

Die sogenannte spasmophile Diathese bringt eine Neigung zu Krampfzuständen, zu reflektorischen Reizerscheinungen mit sich, der körperliche Infantilismus eine solche zu allgemeinen Wachstumshemmungen, gelegentlich auch, wie bei Eunuchoiden besonders, zu stark ausgebildetem Längenwachstum, zu Störungen der Funktion des Sexualapparates usw. Auch andere Dispositionen, wie die arthritische Diathese, die vagotonische und sympathikotonische Disposition stehen nicht nur mit seelischen Reaktionsformen im Zusammenhang, sondern weisen auch psychischen Erregungen den Weg ins Körperliche.

Besonders deutlich zeigt sich die konstitutionelle Grundlage für gewisse Ausbildungsformen symbolischer Art auf dem Gebiet der sexuellen Zwischenstufen, sofern hier psychische Verarbeitung der endokrinen Konstitutionsformel maßgebend ist für die Art der sogenannten Perversionen und ihre körperlichen und seelischen Begleiterscheinungen.

Wir haben schon oben erwähnt, daß Kretschmer (149, 150) Beziehungen zwischen Körperbau (Statur, Gesichtsbildung) und Charakter (Temperament, Art zu reagieren, zu fühlen, zu handeln) nachgewiesen hat. Bei diesen innigen biologischen Beziehungen erfolgt die Vermittlung zwischen beiden wohl auf endokrin-hormonalem Wege. Je nach der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Typ wird auch das Auftauchen entsprechender psychophysischer Störungen sehr verschieden ausfallen, die „Organsprache" verschiedene Anknüpfungsmöglichkeiten haben.

Zu diesen Dispositionen sind auch gewisse seelische Reaktionsweisen zu rechnen, die die Menschen von vornherein in verschiedener Weise auf innere und äußere Reize reagieren lassen: Persönlichkeiten mit verschiedener Eindrucks-, Abfuhr- und Retentionsfähigkeit von Affekten, die dann auch verschieden stark, schnell oder langsam in körperlicher Hinsicht reagieren. Auch die von Kretschmer als hypobulische und hyponoische Mechanismen bezeichneten Erscheinungen müssen hier erwähnt

werden. Speziell in den hypobulischen Mechanismen, in den rhythmischen Bewegungen, im Bewegungssturm und ähnlichen, an phylogenetisch weit zurückgehende Ausdrucksformen sich anschließenden Symptomen haben wir Tatsachen vor uns, die körperliche Wirkungen von einer, dem normalen Menschen nicht mehr möglichen Stärke enthalten können.

Weiterhin müssen wir uns hier noch der Tatsache erinnern, daß der biologische Ablauf der Lebensvorgänge mit Wachsen, Reifen und Altern auch auf die jeweils mögliche Ausgestaltung körperlicher Begleitsymptome psychischer Vorgänge und der symbolischen, teleologischen Verarbeitung der ersteren nicht geringen Einfluß hat: in der Kindheit, der Pubertät, der Schwangerschaft, dem Klimakterium und im Greisenalter beantworten wir dasselbe Ereignis mit ganz verschiedenen Symptomen. Während sich beim Kind entsprechend seiner Lebhaftigkeit, Übererregbarkeit und hemmungslosen Affektivität die seelischen Erregungen ohne Hemmung in motorischen Explosionen entladen, bringt die Pubertät bei zeitweise und individuell verschiedener, gelegentlicher Steigerung dieser Erscheinungen doch im ganzen eine bessere Ausbildung des Hemmungsapparates mit sich. Die weitere Reife schafft dann eine teilweise Automatisierung, der nun geordnet und relativ ungestört ablaufenden Funktionen. Das Klimakterium bringt noch einmal einen neuen biologischen Schub, der auf der einen Seite gesteigerte Reizbarkeit mit ihren körperlichen Symptomen, auf der anderen Seite aber ein dumpfes Gefühl beginnenden Versagens zeigt, das sich nicht nur in Depressionszuständen, sondern auch in körperlichen Minderleistungen äußert. Das Alter weist neben den seelischen Veränderungen auch körperliche Involutionsvorgänge auf, die für symbolische und sonstige Zweckverwertung ein starkes körperliches Entgegenkommen bieten.

Wie wir bereits früher hervorgehoben haben, gibt es körperliche Vorgänge, die unmittelbar, nicht erst auf dem Wege psychischer Reizverarbeitung mit seelischen Vorgängen verbunden erscheinen, die also dem körperlichen Vorgang direkt und spezifisch zugeordnet sind (vgl. das bezüglich der primär-psychischen Wirkungen von Medikamenten usw. Gesagte). Um nur einiges zu nennen: die Euphorie bei manchen Sepsiskranken, bei tuberkulösen und kachektischen Zuständen, die Energielosigkeit des Kranken bei Fettsucht oder Addison, die Erregbarkeit und Unruhe bei Basedow, die Reizbarkeit vieler Herzkranker, die Stimmungsschwankungen im Klimakterium und bei Adnexerkrankungen, die ausgesprochene mürrische Verstimmung, erhöhte Ermüdbarkeit, herabgesetzte Konzentrationsfähigkeit bei Kopf- und manchen anderen schweren Verletzungen, die sonderbare läppische Heiterkeit der multiplen Sklerosen, die auffallenden Affektstörungen bei enzephalitischen Prozessen. Natürlich sind gerade diese Fälle eine besonders günstige Gelegenheit zu weiterer psychischer Verarbeitung der verschiedensten Art. Auch ist es selbstverständlich unmöglich, im einzelnen Falle zu sagen, was an einem Krankheitsbild auf

solch eine direkte Beziehung körperlich-seelischer Art, was auf psychische Verarbeitung zurückzuführen ist. Darüber haben wir uns ja schon bei Besprechung der Organneurosen näher geäußert. Hier sei nur noch betont, daß ich nicht der Ansicht bin, es müsse immer etwas Tendenziöses, mit Zwecksetzungen im Zusammenhang Stehendes bei dieser psychischen Reaktion auf physische Vorgänge vorhanden sein. Vielmehr entstehen viele Krankheitsbilder einfach auf Grund von Simultanassoziationen zwischen physischem Vorgang und gleichzeitigem psychischen Erleben. Oder der Affekt der Angst bemächtigt sich bei Gelegenheit einer plötzlich oder allmählich einsetzenden Erkrankung des betreffenden Menschen und setzt dabei die normalerweise eingreifenden physiologischen Abwehrvorgänge außer Funktion, oder es werden Relikte früherer körperlicher bzw. seelischer Störungen durch eine neue Erkrankung wach, so daß sich alte Abläufe zwangsmäßig wiederholen. Aber auch bei diesen einfacheren psychophysischen Vorgängen ist in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Wahrscheinlichkeit sehr groß, daß sie, besonders bei längerem Bestehen, in den Dienst irgend welcher Zwecke treten.

Ob es rein psychogene Provokationen und Fixierungen physiologischer Betriebsstörungen gibt, wie Kronfeld u. a. meinen, ist mir jedenfalls immer fraglicher geworden, je mehr ich Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt habe.

Alle Umstände, die die archaischen Mechanismen stärker hervortreten lassen, seien es nun körperliche oder seelische Ermüdung, somnambule Zustände, Suggestionen, Autosuggestionen in ihren verschiedenen Formen (auch Yogaübungen, Fakirvorbereitungen usw. gehören hierher) werden auch für die Vermittlung psychophysischer Wechselwirkungen besonders wichtig sein.

Mitwirksam ist ferner alles, was man Gewöhnung und Übung nennt: die häufige Wiederholung eines Vorganges wird bei der Entstehung der Symptome und auch bei der Heilung in ihrer Wirkung viel zu wenig gewürdigt. Sie bringt ja u. a. die Tendenz mit sich, den Vorgang allmählich automatisch werden zu lassen, sie führt aus der Sphäre des Seelischen in die des Reflexes, dessen Ablauf sich dann freilich wieder in der Psyche widerspiegelt und von dort aus weiterwirkt.

Weiterhin kommen noch alle jene zufälligen Organminderwertigkeiten, deren Bedeutung besonders Adler gewürdigt hat, hinzu. Sie bilden Krankheitsbereitschaften, woran sich psychische Weiterverarbeitungen besonders leicht anschließen können.

Endlich wäre noch einer besonders wichtigen Tatsache zu gedenken: Schon die Sprache weist uns, wie a. a. O. näher ausgeführt, darauf hin, daß bestimmte Organe ganz allgemein seit Jahrtausenden als Stätten angesehen werden, wo bestimmte Affekte und Gefühle sich besonders auszudrücken pflegten. Daraus und aus dem Anschauungsbedürfnis der Men-

schen hat sich dann allmählich eine Art symbolischer Benutzung dieser Organe als Ausdrucksort für mancherlei seelische Erregungen herausgebildet. So entsteht eine Art „Organsprache", die dann ihrerseits wieder den körperlichen Vorgängen den Weg weist, den sie zur Erreichung gewisser Zwecke einzuschlagen haben.

Die Organsprache oder, allgemeiner ausgedrückt, die Symbolik, die sich in körperlichen Vorgängen zeigt, läßt sich, wenn man genauer zusieht, in unzähligen Fällen nachweisen. Im einzelnen kann man sich an Hand der mitgeteilten Krankengeschichten genauer darüber orientieren. Hier nur eine zusammenfassende kurze Übersicht: Versagen der Muskelkraft wird als Ausdruck des Minderwertigkeitsgefühls und des Gefühls, einer Situation nicht gewachsen zu sein, benutzt. Der Wunsch, sich gegen die Außenwelt zu verschließen, in Verstopfung, innere Unsicherheit, Angst vor moralischem Fall in Gehunsicherheit und Umknicken der Füße, Hunger nach Glück in Heißhunger, Abwehr gegen das Leben in Ekel, Appetitlosigkeit und Brechneigung zur Darstellung gebracht. Auch sonst werden allerlei Zwecke mit der Produktion von Symptomen verfolgt: die Selbstsicherung benutzt Krankheiten, um sich gegen moralische Gefahren dadurch zu schützen, um unangenehmen Situationen auszuweichen, um sich gegen die rauhe Außenwelt abzuschließen. Kopfschmerzen werden während der Analyse oft dazu verwandt, unangenehme Gedanken nicht durchdenken, oder Kreuzschmerzen dazu, keine unangenehme körperliche Tätigkeit und keine seelischen Lasten auf sich nehmen zu müssen. Geschlechtskälte und Weißfluß, abnorme Menstruationsblutungen, Schmerzen im Unterleib und Harnträufeln dienen seitens der Frau, Impotenzerscheinungen, Schmerzen in den Genitalorganen von seiten des Mannes dazu, um unerwünschtem Geschlechtsverkehr mit einem ungeliebten Menschen ausweichen zu können oder sich für Wünsche, die man als moralisch verwerflich ansieht, zu strafen, oder sich gegen das Nachgeben entsprechenden Begierden gegenüber zu sichern. Letzteres ist besonders häufig zu beobachten in den Entwicklungsjahren, wo das allmählich immer mächtiger werdende Andrängen des Geschlechtstriebes eine große Anzahl solcher Selbstsicherungen entstehen läßt: Bleichsucht bei Mädchen, Aknepusteln beim Knaben, kalte, schweißige Hände („nicht anfassen dürfen") verscheuchen die Bewerber, das Erröten hält den Errötenden ab zu sagen, was er so gerne sagen möchte, es droht ihn für „geheime Sünden" zu bestrafen, ihn gleichsam öffentlich zu brandmarken, wenn er seinen Wünschen freien Lauf lassen würde. Der Schwindel ergreift oft den Menschen, weil es ihm vor sich selbst, vor den Abgründen in der eigenen Brust schwindelt. Das alles verfolgt deutliche Zwecke. Der Schlaf, die Müdigkeit wird tausendfach dazu verwendet, unliebsamen Menschen oder Situationen zu entgehen; Halsentzündungen, um symbolisch zum Ausdruck zu bringen, daß man etwas, irgend ein Erlebnis, irgend eine Aufgabe „nicht schlucken will", Husten, um sich

etwas von der Seele „wegzuhusten", Katarrhe der oberen Luftwege, um die Abwehr gegen gewisse unlustbetonte Gedanken zu zeigen, Herpesbläschen am Munde, um den Liebhaber von sich fern zu halten u. a. m.

Wie sich mir auf Grund des Obigen der Zusammenhang innerhalb eines Erkrankungsprozesses im Groben darstellt, das habe ich schon vor Jahren an folgendem Beispiel[1]) zu zeigen versucht (vgl. auch das über Heuschnupfen Gesagte und die Krankengeschichten).

Ein vorher gesunder Mensch bekommt einen Typhus. Nach dessen Ablauf bleibt noch einige Zeit eine gewisse abnorme Reizbarkeit seines Magen-Darmkanals zurück, die zunächst den Ablauf reflektorischer Vorgänge erleichtert, so daß schon geringe seelische oder körperliche Erregungen Durchfälle zustande kommen lassen. Normalerweise klingt nach einiger Zeit diese erhöhte reflektorische Reizbarkeit ab, und der Mensch ist gesund. Hat er jedoch schon in früherer Zeit, etwa in seiner Kindheit, öfters an Darmkatarrhen gelitten, so findet der neue Reiz alte Erinnerungsbilder ähnlicher Art im Gehirn vor, die, besonders wenn sie aus irgend einem Grunde affektbetont waren, imstande sind, der Reizwirkung ein gewisses Beharrungsvermögen zu verleihen. In diesem Falle wird also die Genesung längere Zeit beanspruchen, und es wird nun die weitere Gefahr einer Automatisierung, einer Gewöhnung an den abnormen Ablauf der Darmerregungstätigkeit hinzukommen, die ihrerseits die Genesung noch weiter hinausschieben kann. Immerhin werden in der Mehrzahl der Fälle, wo an eine körperliche Erkrankung solche reflektorischen und einfacheren psychischen (zerebralen oder sonstwie vom Nervensystem aus geleiteten) Vorgänge sich anschließen, keine eigentlich weitergehenden Folgen im Sinne einer Neurose oder im Sinne einer schwereren Form des Typhus bzw. einer sonstigen Erkrankung entstehen. Diese Möglichkeit rückt aber sofort näher, sobald nun ein stärkerer Affekt sich der körperlichen Symptome bemächtigt. Hat der betreffende Mensch etwa viel von den Gefahren des Typhus gehört, tritt also der Affekt der Furcht in Tätigkeit, oder stand er vor der Erkrankung in unangenehmen äußeren oder inneren Verhältnissen, wie das im Kriege so oft der Fall war, und hat ihn seine Krankheit diesen Verhältnissen für einige Zeit entrissen, so bewirkt die Furcht und die dadurch erzwungene unbewußte Benutzung der Krankheit als Mittel, den Unannehmlichkeiten sich weiterhin zu entziehen, eine fernere Konservierung und Fixierung der Symptome. Ob er nun aber von all diesen Einflüssen sich frei machen kann, oder ob er ihnen unterliegt, das hängt ab von der psychophysischen Allgemeinkonstitution bzw. von der augenblicklichen psychischen und physischen Gesamtkonstellation und von all den Einwirkungen, die ihn von früh auf umgeben haben, von denen er meist

---

[1]) Fr. Mohr, Die Beziehungen der Psychotherapie zur Gesamtmedizin. Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1918, Nr. 19 u. 20.

nur einen kleinen Teil in seiner bewußten Erinnerung hat und die ihn doch gerade dann oft am festesten in ihrem Bann halten, wenn er sich ihrer am wenigsten erinnert. Je nach der Menge des phylogenetisch Primitiven, Unbewußten, Instinktiven, Unbeherrschten, das in einem Menschen vorhanden ist, je nach den vorhandenen und vorgebildeten Mechanismen, je nach Alter, Geschlecht usw. wird sich demnach auch die Fixierung oder weitere Verschlimmerung körperlicher Symptome und die körperliche bzw. seelische Reaktion überhaupt ganz verschieden verhalten.

Dazu kommt nun noch ein weiteres. Die psychischen Reaktionen auf einen körperlichen Reiz sind nicht nur oft sehr viel stärker, als der Größe des letzteren entspricht, sondern sie wirken auch ihrerseits verstärkend bzw. hemmend auf die körperlichen Zustände zurück und diese dann wieder auf die psychischen Folgen. So kann ein Circulus vitiosus entstehen, aus dem der Kranke nicht mehr herauskommt und bei dem es schwer ist zu sagen, wo das Psychische, die Reaktion des Zentralnervensystems, anfängt und das rein Körperliche aufhört. Immer und überall entsteht auf diese Weise eine Wechselwirkung zwischen Psychischem und Physischem, zwischen Peripherie und Gehirn.

Ein Punkt, der mit dem Bisherigen natürlich aufs engste zusammenhängt, bedarf hier noch besonderer Erwähnung: die Tatsache, daß der Mensch ein Wesen ist, in dem sich die psychischen Vorgänge bewußt abspielen, bringt im Vergleich mit dem Tier eine völlige Änderung der Beziehungen zwischen psychischen und physischen Vorgängen zustande. Man muß sich vorstellen, daß dieses Verhältnis ein um so einfacheres, unmittelbareres und deswegen in seinen funktionellen Auswirkungen auch glatter sich abwickelndes ist, auf je primitiverer Stufe ein Lebewesen steht, je weniger Zwischenglieder also zwischen einen seelischen Vorgang und dessen körperliche Wirkung sich einschieben. Kein Zweifel: die Höhe der seelischen Entwicklung des Kulturmenschen hat es mit sich gebracht, daß kaum einer seiner körperlichen Vorgänge sich mehr ganz automatisch, sozusagen reflexmäßig, abspielen kann wie beim Tier und auch beim Primitiven. Deswegen sehe ich in der Dissonanz zwischen Natur und Kultur durchaus nicht bloß eine der Hauptursachen für die Neurosen, sondern auch für Erkrankungszustände überhaupt. Denn infolge dieses Umstandes sind tausendfache Störungen der normalen physiologischen Vorgänge, tausendfache Erkrankungsmöglichkeiten gegeben, und namentlich auch die Abwehrvorrichtungen des Organismus und die wiederaufbauenden Prozesse werden dadurch aufs schädlichste beeinflußt. Wir können uns nicht mit der Selbstverständlichkeit wie das Tier oder auch noch der Urmensch den Kräften überlassen, die die Natur selbst uns beim Heilungsprozeß an die Hand gibt, sondern versuchen, bald naiv und roh, bald auf höchst komplizierte „wissenschaftliche“ Weise, die Heilung selbst bewußt in Gang zu bringen. Anstatt dessen sollten wir uns mehr daran er-

innern, daß wir in der embryonalen Entwicklung die Geschehnisse der Urzeit dumpf erinnernd wiederholen, daß die Hysterika, die die Symptome der Schwangerschaft produziert, ohne je eine solche erlebt oder nur gesehen zu haben, ebenfalls nur auf Grund stammesgeschichtlicher Erfahrungen, Ekphorisierungen uralter Engramme, dazu imstande ist, daß jede Heilung einer Wunde dieselbe Fähigkeit des Organismus, nach dunklen Erinnerungsbildern unbewußt aufbauend tätig zu sein, zeigt und daß alle diese Vorgänge sofort gestört und in ihrem Ablauf gehindert werden, sobald wir an Stelle des Gattungsgedächtnisses das individuelle Denken oder auch nur Assoziieren treten sehen. Könnten wir das unterlassen, könnten wir uns damit begnügen, zunächst und vor allem diejenigen Bedingungen zu schaffen, die dem automatisch einsetzenden Heilungsvorgang Möglichkeit und Zeit zur Arbeit geben, wir würden oft weit bessere Heilresultate sehen als bei unserer heutigen Vielgeschäftigkeit, die doch manchmal im Verhältnis zum Erfolg etwas Lächerliches an sich hat. Nur der psychologisch orientierte Arzt wird, und zwar viel häufiger, als das bisher der Fall war, den Mut haben, seinerseits bloß die genannten Bedingungen zu schaffen und das übrige der Natur anheimzugeben. Alle Zustände, die dem Einsetzen automatischer bzw. unbewußter Funktionen günstig sind, also Schlaf, Hypnose, Autosuggestivsituationen, ebenso aber auch alle sonstigen, innere Spannungen lösenden Methoden, wie die Analyse, sind an sich geeignet, das ursprüngliche Verhältnis wiederherzustellen: daß die Natur heilt und der Arzt vermittelt[1]).

[1]) Nicht unerwähnt lassen möchte ich es, daß im Hochgefühl der Freude darüber, nunmehr weitere therapeutische Einwirkungsmöglichkeiten zu besitzen, einzelne Ärzte, wie z. B. Groddeck (85, 86), dessen geistreiche und anregende Arbeiten ich übrigens in vielen Punkten zu schätzen weiß, so weit gegangen sind, ungefähr jede körperliche Erkrankung auf irgend welche psychischen Erkrankungstendenzen zurückzuführen. Man kann natürlich bei einigem guten Willen solche Tendenzen überall herausdestillieren, besonders wenn man sie vorher bereits voraussetzt. Aber wir können nicht dringend genug davor warnen, gerade heute, wo wir nur durch Sammlung eines möglichst reichhaltigen kasuistischen Materials einigermaßen verbürgter und klarer Fälle weiter kommen und auch vor einem kritischen Denken bestehen können, durch Veröffentlichungen, die weit mehr Annahmen als Tatsachen enthalten, der ohnedies sich schwer genug durchsetzenden Erkenntnis von der psychophysischen Wechselwirkung weiteren Schaden zuzufügen.

Mit voller Absicht bin ich deshalb hier auch nicht auf wesentlich konstruktive, noch nicht beweisbare Versuche eingegangen, sich eine Vorstellung von Wesen und Art desjenigen Agens zu bilden, das Leben ist bzw. Leben schafft. Wer sich über diese z. T. höchst interessanten Probleme genauer unterrichten will, der sei auf Bleulers sehr anregende Arbeit „Die Psychoide als Prinzip der organischen Entwicklung" (Berlin, Julius Springer, 1925) und auf das Buch von Driesch, Philosophie des Organischen (2. Aufl., Leipzig, Engelmann) verwiesen.

IV. Die psychophysischen Behandlungsmethoden.

1. Von der körperlichen Seite ausgehende Methoden.

a) Allgemeines über therapeutische chemische und physikalische Reize und ihre psychische Wirkung.

Über die Bedeutung, die eine gleichzeitige Berücksichtigung psychischer und physischer Faktoren in der Behandlung mittels chemischer und physikalischer Reize hat, habe ich (218) mich schon im Jahre 1910 auf dem internationalen Kongreß für Psychotherapie in Brüssel eingehend geäußert. Seither ist eine wesentliche Ergänzung meiner damaligen Ausführungen von anderer Seite meines Wissens nicht erfolgt, und ich kann mich also im wesentlichen auf diese beziehen.

Physikalische und chemische Reize als therapeutische Mittel pflegt man meist unter drei Gesichtspunkten zu betrachten: entweder als rein körperlich oder als rein „suggestiv" wirksame Faktoren oder endlich als eine Kombination dieser beiden in dem Sinne, daß man annimmt, ein Teil der Wirkung sei körperlich bedingt, ein anderer aber eine Folge der Vorstellung des Geheiltwerdens.

Die rein körperliche und ebenso die rein suggestive Wirkung der genannten Reize ist ja nun für eine Anzahl von ihnen sicher, für eine große Anzahl dagegen — ich nenne nur die Baldrianpräparate, das Jodkali bei gewissen Erkrankungen, die Elektrizität, die hydropathischen Maßnahmen — in hohem Grade umstritten, und die Ergebnisse der unter ähnlichen Bedingungen vorgenommenen Experimente widersprechen sich häufig auf diesen beiden Gebieten auch dann, wenn sie von exakten Untersuchern angestellt worden sind. Am bekanntesten ist in dieser Hinsicht wohl der Streit um die Elektrotherapie geworden — obwohl er ja nur ein Fall unter vielen ähnlichen ist — wo sich auch heute noch Vertreter der Annahme einer wesentlich körperlichen und solche einer rein suggestiven Wirkung schroff gegenüberstehen. Aber auch diejenigen Ärzte, die eine vermittelnde Stellung einnehmen und erklären, daß die beiden Wirkungen bei vielen Medikamenten und physikalischen Maßnahmen sich kombinierten, haben es bisher fast immer bei der einfachen Feststellung dieser Tatsache

bewenden lassen und haben nicht weiter gefragt: was heißt denn eigentlich in diesem Falle „suggestive" Wirkung, ist sie ohne weiteres mit psychischer Wirkung identisch; wie kommt es, daß diese sich in einem Falle leicht, im anderen schwer, im dritten gar nicht realisiert und mit körperlichen Wirkungen verbindet, wie ist überhaupt diese Kombination physischer und psychischer Wirkungen zu denken, ist sie rein zufällig oder läßt es sich wahrscheinlich machen, daß sie bestimmten Gesetzmäßigkeiten folgt, daß man sie also bewußt und systematisch hervorbringen kann? Weil diese Fragen kaum aufgeworfen, noch viel weniger aber beantwortet zu werden pflegen, ist es auch begreiflich, daß von einer systematischen und bewußten Kombination psychischer und physischer Heilfaktoren bis heute so gut wie gar keine Rede ist, obwohl Männer wie Forel, O. Vogt, Brodmann und von Internisten Krehl, Matthes, Strümpell, v. Bergmann, Stauffenberg u. v. a. auf das Problem als solches von verschiedenen Seiten hingewiesen haben.

Ein Haupthindernis des Fortschritts scheint mir dabei der Begriff der Suggestion zu sein, wie er heute fast überall noch gebraucht wird, und es ist schon aus diesem Grunde dankenswert, daß Janet diese Frage einmal gründlich angefaßt hat. Die Mehrzahl der Ärzte glaubt, mit der Feststellung, irgendeine Wirkung sei „suggestiv", wirklich etwas Positives gesagt zu haben, während es doch meist nur eine Verlegenheitsredewendung ist, die physiologische und oft auch psychologische Unkenntnis verdecken muß. Es ist von Oscar Vogt und vielen anderen hinlänglich nachgewiesen worden, wie kompliziert das ist, was man als Suggestionserscheinung bezeichnet. Wenn man also von Suggestivwirkungen in unserem Zusammenhange spricht, so sollte man wenigstens immer sagen, was man sich darunter vorstellt. Ohne mich hier auf die Definition von Vogt, Janet, Moll u. a. näher einzulassen, möchte ich unter Suggestivbehandlung diejenige psychische Behandlungsmethode verstehen, bei der in dem Individuum die Heilung dadurch erzeugt wird, daß man die Vorstellung von dem Eintritt der Heilung (bzw. ihrer Voraussetzungen) intensiv erweckt. Die psychischen Faktoren bei dieser Wirkung sind so mannigfaltig, daß ich hier nicht genauer darauf eingehen kann. Nur soviel sei schon hier hervorgehoben, daß es sich, falls wir uns an diese Definition halten, bei der Suggestivwirkung auch dann, wenn sie sich körperlicher Faktoren zur Einleitung bedient, um eine reine Vorstellungs- und Affektwirkung, nicht aber um eine Wirkung handelt, bei der einfachere psychische Vorgänge eine Rolle spielen und bei der zwischen körperlichem Reiz und psychischem Reizerfolg bestimmte Beziehungen bestehen. Die Art des Suggestivmittels ist also dabei an sich völlig gleichgültig, wenn nur die Vorstellung von dem Eintritt einer Wirkung dadurch erzeugt wird; und die Wirksamkeit des Mittels richtet sich nur nach dem Grade der Sicherheit und Anschaulichkeit, mit der die Suggestion gegeben und nach dem

psychischen Gesamtzustande dessen, von dem sie angenommen wird. Irgend eine unmittelbare, notwendige Beziehung zwischen Suggestivmittel und therapeutischer Wirkung braucht dabei nicht vorhanden zu sein.

Diese Art der Verwendung physikalischer und chemischer Reize als psychotherapeutischer Mittel ist wohl diejenige, an die man in weiteren ärztlichen Kreisen allein denkt, wenn von suggestiver Wirkung gewisser Agentien chemischer und physikalischer Art gesprochen wird, und die Dubois und andere veranlaßt hat, mit einer ziemlichen Geringschätzung von einer „Ausnutzung der Leichtgläubigkeit der Patienten" zu reden. Daß man mit dieser Phrase dem Kern der reinen Suggestivmethode, auch sofern sie sich solcher Agentien bedient, nicht annähernd gerecht wird, will ich jetzt nicht eingehender dartun, will mich hier überhaupt nicht weiter mit der Suggestionsbehandlung im engeren Sinne des Wortes beschäftigen.

Vielmehr möchte ich heute an die meines Erachtens viel zu wenig beachtete Tatsache erinnern, daß es außer dieser Art der psychotherapeutischen Verwendung physikalischer und chemischer Reize noch andere gibt, die zwar in engen Beziehungen dazu stehen, die aber auf einfachere oder wenigstens andersartige psychophysische Tatsachen zurückgehen. Anders ausgedrückt: es handelt sich hier zunächst gar nicht um eine Suggestivwirkung, sondern um eine Wirkung, die an den psychischen Elementarvorgängen zur Geltung kommt und die von adäquaten Reizen ausgeht.

Jedes nicht ganz indifferente Medikament setzt neben seinen körperlichen Wirkungen auch gewisse, wenngleich oft ganz oder teilweise unbewußt bleibende psychische Wirkungen, ohne daß irgend eine Suggestion (im obigen Sinne) dabei mitzuspielen braucht. Wird einem Menschen Alkohol in noch so verhüllter Form gereicht, so tritt die momentan stimmungerhöhende, die Empfindung größerer Körperwärme auslösende, die Assoziationstätigkeit anregende Wirkung doch stets ein. Ebenso findet man bei Verabreichung von Haschisch, Opium, Morphium, Brom usw. ganz bestimmte elementare Wirkungen auf psychischem Gebiete, die ich primär-psychische Wirkungen nennen will im Unterschied von den sekundär-psychischen, die sich daran anschließen oder sich auch unabhängig davon auf dem Umwege über ein Urteil, einen Gedanken, einstellen. Wie sich diese primär-psychischen Wirkungen im einzelnen gestalten, nach welchen Richtungen die Psyche dadurch beeinflußt wird, darüber wissen wir, hauptsächlich dank den Untersuchungen der Kräpelinschen Schule, zwar einiges, aber noch nicht sehr viel. Immerhin darf schon nach diesem Wenigen die Tatsache an sich als gesichert erscheinen. Es handelt sich z. T. um einen Wechsel der ganzen Stimmungslage, also um Gefühlsveränderungen, z. T. um Änderungen im Ablauf der Assoziationen, der perzeptiven und apperzeptiven Funktionen.

Diese primär-psychischen Wirkungen von Medikamenten sind bisher zwar gelegentlich und unbewußt therapeutisch immer mit ausgenutzt worden, dagegen selten ganz bewußt und systematisch. Namentlich ist ein Punkt dabei bisher so gut wie ganz unberücksichtigt geblieben: ein Teil der primär-psychischen Wirkungen ist nämlich so geartet, daß dadurch gleichsam nur Dispositionen zu bestimmten psychischen Zuständen geschaffen werden; das Auftauchen der letzteren selbst wird dadurch allein also noch nicht hervorgerufen (wenigstens nicht in der gewünschten Richtung), sondern es muß ein weiterer Faktor hinzutreten. Dieser weitere Faktor ist nun die auf rein psychischem Wege erfolgende Beeinflussung durch den behandelnden Arzt. Durch sie wird das, was von der medikamentös-psychischen Wirkung bisher unter der Schwelle des Bewußtseins geblieben war, über diese hinausgehoben und so erst eigentlich bzw. erst in der gewünschten Richtung und Stärke wirksam gemacht. Es wird sich also im wesentlichen darum handeln, im Anschluß an eine genauere Erkenntnis der primär-psychischen Wirkungen eines Medikaments diese letzteren dem Kranken möglichst klar und anschaulich zu schildern, ihn sozusagen darauf einzustellen. Das Auftauchen der betreffenden Empfindungen oder Gefühle wird dann auch dadurch erleichtert, daß man aus der Erinnerung des Kranken ähnliche reproduktive Elemente mobil macht.

Freilich sind wir von der Möglichkeit, in dieser Weise wirklich systematisch auch die direkte psychische Wirkung pharmakologischer Agentien auszunutzen, noch weit entfernt, weil wir eben, wie gesagt, kaum angefangen haben, diese Seite der Pharmakopsychotherapie zu beachten. Trotzdem gelingt es bei einer Anzahl von Medikamenten schon heute wenigstens im Groben, durch die besseren therapeutischen Erfolge, die man bei Beachtung der genannten Tatsachen erzielt, die Richtigkeit meiner obigen Behauptungen zu erweisen. Ein Beispiel: Ein Neurastheniker kommt zu mir mit den bekannten Klagen über große Erschöpfbarkeit, allgemeine Müdigkeit, große Unlust zu jeder Tätigkeit, dabei aber sehr starke Reizbarkeit. Er setzt sogleich hinzu, er habe Brom genommen, dadurch sei sein Zustand aber noch verschlimmert worden, seine Arbeitsunlust sei gewachsen, sein Hirn noch mehr ermüdet; infolge dieser vermehrten Unlustgefühle sei natürlich auch die Verzweiflung über seinen Zustand und damit seine Reizbarkeit noch größer geworden. Es sei doch ein Unrecht von seinem Arzt, daß er ihm eine so stark wirkende Medizin ohne ein Wort über ihre eventuellen schädlichen Wirkungen gegeben habe. Der Kranke hat also von der primär-psychischen Wirkung des Broms (d. h. der Empfindung der Müdigkeit, der Herabsetzung der Reizbarkeit, der Beruhigung) nur diejenige Seite mit seinem sonstigen Zustande assoziiert, die ihm zunächst aufgefallen war, nämlich das Ermüdungsgefühl. Die anderen Wirkungen waren infolge der Befürchtungen, die sich an diese vermehrte

Müdigkeitsempfindung knüpften, überhaupt nicht über die Schwelle des Bewußtseins getreten. Das zeigt, welche Bedeutung eine der primär-psychischen Wirkung eines Medikaments entgegenkommende Aufklärung über die Wirksamkeit desselben hat, wie sie oft erst seine Wirksamkeit nach der erwünschten Richtung zur Entfaltung kommen läßt, während andernfalls die vorhandene Disposition von den sekundär-psychischen Elementen erfaßt und falsch verarbeitet wird. Die Probe aufs Exempel machte ich, indem ich dem Patienten erklärte, ich würde ihm zunächst noch einmal Brom geben, aber etwas anderes hinzutun (Kodein), was die ermüdende Wirkung noch steigere, zugleich werde er aber bemerken, daß auch eine angenehm beruhigende Wirkung, die von der ersteren nicht ohne weiteres zu trennen sei, auftrete. Wenn diese einige Tage angehalten habe, würde ich ihm ein Medikament verabreichen, das die direkt entgegengesetzte Wirkung habe (die ich auch im einzelnen schilderte). Er bekam also seine Lösung und wurde ruhig; nach kurzer Zeit gab ich das andere Mittel, Kolasirup, dessen primär-psychische Wirkung wir ja ungefähr wenigstens kennen, und der Erfolg war dauernd und prompt.

Man sieht übrigens zugleich aus diesem Beispiel, wie eng verwandt mit diesem Vorgehen die eigentliche Suggestivbehandlung ist. Je nach der Individualität und der Komplexbereitschaft der einzelnen Individuen wird man sie mit mehr oder minder großem Erfolg hier anknüpfen können. In praxi wird und soll sie sich nie rein davon trennen lassen, im Gegenteil, gerade durch eine bewußte Heranziehung solcher primär-psychischer Wirkungen und durch die Erkenntnis des eigentlichen Wesens der Suggestion bekommt die suggestive Behandlung erst den breiten und sicheren Unterbau, der ihr not tut und der sie gegen das Odium schützt, keine „wissenschaftliche" Methode zu sein. Das Beispiel zeigt andererseits, auch nur ganz im Groben, was unter einer Ausnutzung primär-psychischer Faktoren zu verstehen ist.

Je Genaueres und auch genau experimentell Festgelegtes wir über diese primär-psychischen Wirkungen erfahren werden, um so sicherer und feiner werden wir vorgehen können, und ich bin überzeugt, daß auf diesem Gebiet noch weite therapeutische Möglichkeiten liegen. Hier möchte ich nur kurz noch versuchen, für einzelne Medikamente in allgemeinsten Andeutungen darzulegen, wie man den primärpsychischen Faktor ungefähr dabei benutzen und überhaupt psychische Einwirkungen systematisch damit verbinden kann. Natürlich bin ich mir klar bewußt, daß das Folgende mangels eingehenderer experimenteller Grundlagen, die wir eben noch nicht besitzen, notwendigerweise in jeder Hinsicht lückenhaft und ungenügend sein muß. Aber da mir daran liegt, wenigstens eine Ahnung davon zu geben, was sich bei exakterer Bearbeitung dieses Gebietes erreichen ließe, glaubte ich, von dem Versuch nicht ganz absehen zu sollen.

b) Die primär- und sekundär-psychischen Wirkungen chemischer Reize.

Vom Morphium wissen wir, daß es physiologisch mit einer Lähmung des Gehirns beginnt, die sich zuerst in den sensiblen Zentralapparaten des Großhirns zeigt und nach hinten fortschreitet. In psychischer Hinsicht kann man daran anknüpfend die allmähliche Abstumpfung der Schmerzempfindlichkeit als das zunächst Auffallendste hervorheben, daneben aber auch die allgemeine Herabsetzung der Empfindlichkeit gegenüber allen Eindrücken und Wahrnehmungen überhaupt neben einer gewissen Erleichterung und Anregung der Verstandesleistungen und bei Erschwerung psychomotorischer Vorgänge. Durch die narkotisierende Wirkung wird dem Auftauchen von allerlei in den Tiefen lagernden Komplexen Vorschub geleistet, so daß es leichter ist, ihrer habhaft zu werden, wenn man sie z. B. zum Zwecke der Aufdeckung unbewußt gewordener, verdrängter Erlebnisse oder Wünsche auftauchen lassen möchte. Bei größeren Dosen wird die Schärfe und Klarheit des Denkens entsprechend beeinträchtigt, und so haben logische, vernunftgemäße Überlegungen weniger Macht. Alles Infantile, also auch das infantile Vergessen-Wollen, Halt-finden-Wollen, Sich-anschmiegen-Wollen, kann sich auf diese Weise leichter durchsetzen und aus diesem Grunde ist das Morphium und die verwandten Mittel zur Einleitung der Hypnose manchmal brauchbar. Eine besonders auffallende Wirkung ist dann noch die die Stimmung erhöhende, und zwar handelt es sich dabei nicht etwa nur um die schmerzstillende Eigenschaft, sondern das Wohlbehagen tritt oft genug auch auf, wenn keinerlei Schmerzen oder sonstige Unlustzustände vorhanden waren. Das Morphium erzeugt also in gewissem Maße direkt Lust: vielleicht ist es gerade die, die Gedankenverbindung erleichternde und das Auftauchen infantiler Strömungen befördernde Wirkung, die unmittelbar als eine Steigerung des Lebensgefühls empfunden wird und zwar um so mehr, als die psychomotorischen Reizerscheinungen, wie sie der Alkoholrausch zeigt, dabei ganz wegfallen, also von dieser Seite her keine Störung des Gefühls des Behagens erfolgt. Man kann nun an jede dieser einzelnen Morphiumwirkungen anknüpfen, sie durch eine genaue, anschauliche Schilderung der zu erwartenden Wirkung steigern, z. B. die Herabsetzung der Schmerzhaftigkeit bis zum Aufhören der Wahrnehmung des Schmerzes überhaupt, die narkotisierende Wirkung bis zum Eintritt wirklichen Schlafes bzw. tiefer Hypnose, den euphorisierenden Einfluß bis zur Fähigkeit, auch sehr unangenehme Situationen ruhig zu ertragen. In der Hypnose zu gebende oder sonst zu erteilende Heilsuggestionen werden sich, wenn man an diese primärpsychischen, tatsächlich vorhandenen Wirkungen anknüpft, leichter realisieren, z. B. indem man bei Koliken des Magen-Darmkanals oder der Gallenwege die Lösung der glatten Muskulatur unter dem Einfluß des Morphiums als notwendig klarlegt und zeigt, wie die allgemeine Beruhigung ganz von selbst an die glatte Muskulatur weitergegeben wird.

Dasselbe gilt von der Wirkung des Morphiums bei Asthma und Reizhusten. Auch hier kommt es vor allem darauf an, die Lösung des Krampfes der Atmungs- bzw. Kehlkopfmuskeln anschaulich erleben zu lassen.

Von den dem Morphium nahestehenden Präparaten ist vor allem die Bedeutung des

Opiums auf die Herabsetzung von Angstgefühlen zu erwähnen. Bei der Verabreichung dieser Droge wäre daher das Aufhören der Angst als eine Folge der allgemeinen Beruhigung, der inneren Entspannung und Lösung darzustellen. Man läßt hier, wie bei Verabreichung zahlreicher anderer Medikamente, zuerst die Wirkung am besten unter der unmittelbaren Aufsicht des Arztes erleben, läßt sich die Gefühle und Empfindungen dabei schildern und knüpft dann daran an.

Brom bringt im Gegensatz zu den Opiaten wahrscheinlich gar kein eigentliches Lustgefühl hervor, sondern beseitigt nur die inneren Spannungszustände. Es hat nur dann ein Wohlgefühl im Gefolge, wenn vorher eine peinliche innere Erregung vorhanden war. Die Beseitigung der Spannung wäre also hier auch bei der Schilderung der Wirkung in den Vordergrund zu stellen.

Kokain zeigt physiologisch eine anfänglich sehr bedeutende, aber kurzdauernde Steigerung der motorischen Erregbarkeit, der dann nach einiger Zeit eine Lähmung folgt. In Gaben unter 0,05 erzeugt es in psychischer Hinsicht eine, längere Zeit anhaltende Euphorie und schafft wohl zum Teil mit unter dem Einfluß dieser Wirkung unangenehme Gemeingefühle bei körperlichen Anstrengungen, wie Müdigkeit, Hunger, Durst für eine gewisse Zeit weg. Durch Lähmung der sensibeln Nervenendigungen läßt es Schmerzen und sonstige Mißempfindungen nicht zur Wahrnehmung kommen und vermindert oder hindert dadurch auch das Auftreten von gröberen physiologischen Störungen, also vor allem von Entzündungsvorgängen. Denn letztere werden ja, wie bereits erwähnt, oft gerade dadurch begünstigt, daß die Aufmerksamkeit auf die betroffenen Partien eingestellt und damit auch der Blutzirkulation sozusagen der Weg gewiesen wird. Um die physiologische und psychologische Wirkung zu erhöhen, wird man also bei Kokainverabreichung auf die zu erwartende Stimmungsbesserung und die Abstumpfung von Unlustgefühlen hinweisen, die Erwartungsvorstellung erwecken, daß nun der Schmerz wirklich ausbleibt, und dem Patienten zu zeigen versuchen, daß eine Verbesserung der Gesamtstimmung auch für die Beseitigung der Überempfindlichkeit gegen Schmerzen von wesentlicher Bedeutung ist.

Es braucht nicht hervorgehoben zu werden, daß bei allen irgendwie zu einer Sucht disponierenden Medikamenten die allergrößte Vorsicht am Platze ist. Man soll dem Kranken, wenn möglich, nicht sagen, um welches Mittel es sich handelt, man wird auch die Häufigkeit der Anwendung auf

ein Minimum beschränken und es dann, falls nötig, sofort durch andere Drogen ersetzen.

Die psychischen Wirkungen des Alkohols sind ja von der Kraepelinischen Schule eingehend untersucht worden. Es handelt sich wesentlich um eine dauernde Erschwerung der Auffassung und Verarbeitung äußerer Eindrücke; daneben geht eine zentrale Erleichterung der Auslösung von Willensantrieben einher. Die Wahrnehmung und Erkennung von Sinnesreizen ist verlangsamt und erschwert, ihre Zuverlässigkeit vermindert. An Hand der Prüfung von fortlaufenden Rechenaufgaben kann man ein deutliches Sinken der Leistungsfähigkeit feststellen. Die Auslösung von Bewegungsantrieben ist sehr erheblich gesteigert, die Stimmungslage zunächst erhöht. Schon bei kleinen Gaben kann man ein Wegfallen der feineren Hemmungen beobachten: der Mensch wird unbekümmerter, der Eindruck, den er auf die Außenwelt macht, lebhafter, mutiger, sorgloser, er wird im Handeln und Sprechen freimütiger und zugleich rücksichtsloser. Im Gegensatz zu der tatsächlich vorhandenen, direkt meßbaren Herabsetzung der Kraft und Leistungsfähigkeit erscheinen uns beide subjektiv unter dem Einflusse des Alkohols als gesteigert: ein Grund für die Annahme, daß der Alkohol „stärkt". Das Gefühl des Wohlbehagens, das Vergessen der Sorgen und Schwierigkeiten des täglichen Lebens ist die allgemein bekannte Wirkung des Alkohols auf die Gemütsseite. Es ist durchaus möglich, diese einzelnen Wirkungen therapeutisch auszunutzen, wenn man dabei die schädigenden Wirkungen des Giftes nicht außer acht läßt, und ich möchte deshalb, wenn der Alkohol zum Zweck bestimmter Einwirkungen benutzt wird, empfehlen, ihn nach dem Vorschlag Bleulers höchstens in verhüllter Form, d. h. als Medikament zu verordnen, sofern man des Patienten in bezug auf seine Willenssphäre nicht unbedingt sicher ist. Unter dieser Voraussetzung aber kann er als stimmungerhöhendes, die Erleichterung der Auslösung von gehemmten Willensantrieben erleichterndes Mittel in manchen Fällen mit Vorteil benutzt werden, indem man in der mehrfach erwähnten Weise seine Wirkungen vorhersagt und unter Umständen Heilsuggestionen daran anknüpft bzw. dem Patienten zeigt, was er bei Wegschaffung von Hemmungen leisten kann und daß er das auch allmählich ohne Hilfe eines von innen einwirkenden Mittels zu leisten imstande sein werde.

Apomorphin führt bekanntlich in Gaben von 0,005 bis 0,01 nach vorhergehender Nausea in kurzer Zeit sicher zum Erbrechen. Es bewirkt also zunächst eine ausgesprochene Unlustempfindung. Diese kann mit Bestimmtheit in allen Einzelheiten vorhergesagt werden. Außerdem ist seine subkutane Verabreichung weiter geeignet, die Erwartung auf eine Wirkung des Mittels zu steigern. Verbindet man also mit der Erwartungsvorstellung dieser Wirkungen die Ankündigung, daß durch die starke Ablenkung, den heftigen Reiz, den das Mittel darstellt, gewisse Symptome

verschwinden werden, so muß der Eintritt der Wirkung des Mittels auch die Beseitigung der Symptome, die man erreichen will, mit einem großen Grad von Wahrscheinlichkeit mit sich führen. Das Medikament ist, wie J. H. Schulz mit Recht sagt, dadurch allen Narkoticis überlegen, daß die Umstimmungsphase im Gegensatz zu den letzteren mit voller Stärke erlebt werden kann. Es wirkt vor allem bei gewissen motorischen Störungen, wie Schreikrampf, Ruktus, Tiks, meist sehr prompt. Voraussetzung für die Anwendung ist allerdings körperliche Gesundheit.

Die Wirkung von Schlafmitteln, wie Veronal, Luminal, Somnazetin u. a. läßt sich von jedem Arzt, der sie einmal an sich selbst versucht hat, ohne weiteres vorhersagen: allmählich zunehmende Unfähigkeit zur Gedankenkonzentration, langsam einsetzende Müdigkeit, allmähliche Erschlaffung der Muskulatur, Unfähigkeit, sich gerade aufrecht zu erhalten (besonders beim Luminal deutlich) usw. Man braucht oft nur die Hälfte der sonst nötigen Dosis, wenn man diese, den tatsächlichen Vorgängen entsprechenden Wirkungen zum voraus ankündigt.

Die Tonika, Arsen, Chinin, Eisen, ebenso wie manche Nährpräparate und sogenannte Stärkungsmittel haben eine zu wenig ausgeprägte, unmittelbar zu beobachtende primär-psychische Wirkung, als daß sich an die letztere anknüpfen ließe, um sie stärker über die Schwelle des Bewußtseins zu heben. Hier wird man also, da die Wirkung erst nach einiger Zeit eintritt, die sekundär-psychischen Folgen mehr in den Vordergrund zu schieben versuchen müssen, so daß die suggestiven Faktoren dabei stärker in Betracht kommen.

Dagegen sind die fiebererzeugenden Mittel, wie das Tuberkulin, das nukleinsaure Natron u. a. m. recht geeignet, sowohl in ihren primär-psychischen, wie in ihren sekundär-psychischen Wirkungen ausgenutzt zu werden. Jeder kennt ja ungefähr aus eigener Erfahrung die Wirkung des Fiebers auf unseren psychischen Gesamtzustand. Man braucht ihn also nur durch eine entsprechende Schilderung wieder in die Erinnerung zu rufen, um dem Mittel die Entfaltung seiner körperlichen Wirkung zu erleichtern, indem man ihm psychisch den Weg bahnt.

Auch Mittel wie das Afenil verdanken diesem Umstand sicher einen großen Teil ihrer Wirkung: die sofort nach der Injektion einsetzende starke Wärmeempfindung schafft eine günstige Grundlage zur Anknüpfung von allerlei Heilvorstellungen und zur Einleitung von Zirkulations- und Stoffwechselveränderungen.

Ähnliches gilt vom Yohimbin in bezug auf seine lokale Wirkung, ebenso vom Amylnitrit, wo die psychische Wirkung ja besonders deshalb leicht verstärkt werden kann, weil sie sich körperlich direkt sichtbar in der kongestiven Rötung äußert.

Beim Koffein haben wir als körperliche Wirkung eine anregende Beeinflussung des Großhirns, des Atemzentrums, der quergestreiften Musku-

latur, des Herzens, der Blutgefäße und des Blutdruckes. Im Gegensatz zum Alkohol pflegt der Anregung keine Lähmung zu folgen. Das Koffein ist also hervorragend geeignet, psychisch anregend zu sein und entsprechend können seine Eigenschaften auf psychischem Wege weiter gesteigert werden.

Die psychischen Wirkungen, die neuerdings besonders beim Tee von Pauli eingehender studiert worden sind, zeigen sich folgendermaßen: es tritt eine Beschleunigung von Bewußtseinsvorgängen auf, so beim Addieren, Auswendiglernen, Lesen, Reimen, Zeitschätzung, Aufmerksamkeitsakten und Unterscheidungen. Nach etwa 40 Minuten erreicht dieser Einfluß seinen Höhepunkt, nach weiteren 30 Minuten verschwindet er wieder. Vergleichsweise ruft der Genuß von 15 g Alkohol, die in einem halben Liter Bier enthalten sind, eine reichlich 20 Minuten anhaltende Beschleunigung der Leistungen hervor, der eine ebenso große Verlangsamung von 40 Minuten folgt. Nach einer Stunde wird der normale Zustand wieder erreicht. Beim Genuß der dreifachen Menge Alkohol setzt eine Verlangsamung der Bewußtseinsvorgänge ein, die ungefähr zwei Stunden anhält. Abgesehen von der Leistungssteigerung bewirkt der Tee eine gewisse Euphorie, die der des Alkohols ähnlich ist. Quantitative Versuche haben dann weiter ergeben, daß bei Verwendung von 10 g Tee sich eine Zunahme von etwa 10% der normalen Leistung erzielen läßt und daß der Teegenuß eine Häufung von sogenannten übermaximalen Leistungen bewirkt, worunter man mehr als 75 Additionen in der Minute zu verstehen hat. Die relative Zunahme der Wirkung nimmt mit wachsendem Reiz (Teemenge) ab (man vergleiche damit das Wegner-Fechnersche Gesetz). Die psychische Wirkung des Tees drückt sich ferner in einer Veränderung der sogenannten Steighöhe aus, worunter man den Unterschied zwischen der geringsten und der höchsten Arbeitsleistung innerhalb einer Stunde versteht. Die Höchstleistung unter dem Einfluß von Tee tritt durchschnittlich 5 Minuten früher auf als ohne Tee. So genaue Versuche haben wir leider bisher nur für wenige Medikamente. Aber es ist klar, daß eine psychotherapeutisch verständige Benutzung solcher Ergebnisse, wie sie hier für ein Harnsäurederivat mitgeteilt worden sind, unserem therapeutischen Handeln in mancher Beziehung nützlich sein kann.

Wie man sieht, lassen sich dabei nicht nur die stimmungerhöhenden Faktoren des Mittels (durch entsprechende Herabsetzung der Schwelle für das Auftauchen der Stimmungsänderung) verwerten, sondern auch die günstige Einwirkung auf die Leistungsfähigkeit nach zwei Richtungen hin wirklich ausnutzen: einerseits, um den Patienten über eine vorhandene leichte Ermüdung hinwegzubringen, und andererseits, um die Überzeugung von der tatsächlich vorhandenen Leistungsfähigkeit, also das Zutrauen zu sich selbst, zu stärken. Um letzteres zu erreichen, muß man allerdings in allen diesen Fällen allmählich mit der Dosis des Mittels langsam herunter-

gehen und dem Kranken dadurch beweisen, daß er auch ohne diese Hilfe in Wirklichkeit dasselbe zu leisten vermag.

Die Digitalis hat bei Herzkranken infolge der dadurch einsetzenden Verbesserung der Zirkulationsverhältnisse des Gehirns oft eine direkt euphorisierende Wirkung, und auch diese kann durch vorhergehende Ankündigung leichter über die Schwelle gehoben werden. Es ist zudem bei der außerordentlich engen Beziehung zwischen Affekt und Blutgefäßapparat keine Frage, daß Erwartungsvorstellungen gerade bei den für das Herz bestimmten Mitteln auch in körperlicher Beziehung eine günstige Wirkung haben müssen, so daß also auch rein körperlich eine Verstärkung der Wirkung auf diesem psychischen Wege erreicht werden kann.

Orthoform, Anästhesin und andere, lokal betäubende Mittel pflegen, wenn der Zweck und die Folgen ihrer Verabreichung z. B. bei Vaginismus, Tenesmus, Jucken und Brennen, unstillbarem Erbrechen, Schnupfen hinreichend klar dargetan werden, nicht nur viel sicherer, sondern auch in kleineren Quantitäten ihren Einfluß zu entfalten.

Dem Adrenalin kommen so rasch einsetzende Wirkungen zu, daß man schon deshalb leicht das psychische Moment als verstärkenden Faktor wird einführen können. Die durch das Mittel erzeugte, objektiv sichtbare Blässe der Schleimhäute, das Aufhören von parenchymatösen Blutungen machen an sich einen stark anschaulichen Eindruck und können daher leicht durch eingehende, in derselben Richtung laufende Schilderungen erheblich gesteigert werden.

Gibt man Menthol entweder in Form von Eintröpfelung des Mentholöls bei Katarrhen der oberen Luftwege, als Mentholpastillen oder als Mentholstift bei Kompfschmerzen, so läßt sich dabei ja das Eintreten der eigenartigen Kälteempfindung und der Verminderung von vorhandenen Unlustgefühlen und Unlustempfindungen mit Sicherheit vorhersagen, und damit kann man sekundär-psychisch allerlei weitere Folgen verbinden. Praktisch wird davon ja seitens der Nasen-Ohrenärzte ein sehr ausgiebiger Gebrauch gemacht, ohne daß man sich bisher der großen Bedeutung, die der psychische Faktor gerade bei diesem Mittel hat, bewußt geworden zu sein scheint.

Salizylpräparate bringen als physiologische Wirkung Wärmegefühl, Schweiß, leichte Benommenheit, Temperaturabfall und ein eigenartig vertieftes Atmen hervor. Es ist mir persönlich kein Zweifel, daß die schmerzstillende Wirkung zu einem guten Teil auf einer narkotisierenden Wirkung des Mittels beruht. Das wird ja schon durch den Salizylrausch bewiesen, der dem Chininrausch sehr ähnlich ist. Inwieweit die entzündungswidrige Wirkung des Mittels auf diese anästhesierende Seite zurückzuführen ist, darüber scheinen die Meinungen noch nicht geklärt. Daß sie dabei mitwirkt, ist aber wohl als sicher anzusehen, und damit ist zugleich auch die Handhabe gegeben, wo man mit der psychischen Ver-

wertung einsetzen kann. Tatsächlich gibt es wenige Medikamente, die so reichlich verordnet werden wie Salizylpräparate und ihre Derivate. Und wer namentlich die leichteren Erkältungskrankheiten, die dadurch günstig beeinflußt werden, an sich und anderen beobachtet, der kann sich von der Bedeutung des psychischen Faktors bei diesem Mittel immer wieder überzeugen: alle genannten körperlichen Wirkungen bieten psychisch benutzbares Material in Menge.

Der Kampfer ist ein so starkes Erregungsmittel für die Zirkulations- und Atmungstätigkeit, daß seine Wirkung häufig unmittelbar beobachtet werden kann, wenn er nicht erst im letzten Stadium, wo der Kranke bereits ganz oder fast bewußtlos ist, gegeben wird, sondern zu einer Zeit, wo auch noch lebhafte subjektive Reaktionen möglich sind. So habe ich immer wieder die Beobachtung machen können, daß die günstige Einwirkung körperlicher Art durch eine entsprechende intensive Schilderung der Wirkung des Mittels beträchtlich gesteigert werden kann. Die merkwürdig widersprechenden Berichte über die Erfolge mit Kampfereinspritzungen bei Phthisikern erklären sich meines Erachtens wesentlich daraus, daß das subjektive Befinden, also wesentlich psychische Faktoren, dadurch bei dem Kranken günstig beeinflußt wird und daß die verschiedenen Menschen diese subjektiven Empfindungen verschieden zu verarbeiten pflegen. Gerade hier ist aber der Punkt, wo dem Arzt die Aufgabe erwächst, den subjektiven Empfindungen sozusagen die Richtung zu geben, um der objektiven Wirkung dadurch die Wege zu ebnen.

Abführ- und Verstopfungsmittel. Die starke Beeinflussung des Magen-Darmkanals durch seelische Faktoren läßt es an sich schon als wahrscheinlich annehmen, daß auch bei der Wirkung von Mitteln, die die Darmtätigkeit beschleunigen bzw. verlangsamen, solchen Faktoren ein weitreichender Einfluß zukommt. In der Tat kann man die abführende wie verstopfende Wirkung ganz bedeutend verstärken, wenn man die Erwartungsvorstellung an die tatsächlichen Wirkungen mit genügender Stärke anzuknüpfen versteht. Dabei wird man naturgemäß verschieden vorgehen müssen, je nach dem Wesen der jeweiligen körperlichen Störungen, d. h. man wird z. B. bei der spastischen Optipation des Neurasthenikers andere Erklärungsmomente einführen, als bei irgend welchen organisch bedingten Störungen.

Skopolamin zeichnet sich bekanntlich nicht nur durch seine betäubende und dadurch schmerzherabsetzende Wirkung aus, sondern auch noch durch die Hervorrufung einer Reihe von Zuständen, die zur Verstärkung seines Einflusses psychisch herangezogen werden können: wenn man den Kranken vor seiner Anwendung sagt, daß er zuerst schlechter werde sehen können (Akkomodationslähmung), daß eine gewisse Pulsbeschleunigung eintreten und der Mund sehr trocken werden wird, so muß

die Selbstbeobachtung dieser Folgen auch für den Eintritt der betäubenden Wirkung bahnend sein.

Da bei Atropin zum Teil dieselben Erscheinungen wie bei Skopolamin beobachtet werden, wird man gut tun, bei seiner Verabreichung zum Zweck der Behandlung von Verstopfung oder Aufhebung von Nachtschweißen diese Eigenschaften auch in ihrer psychischen Bedeutung mit heranzuziehen.

So habe ich immer wieder beobachtet, daß namentlich die an sich schon meist stark suggestiblen Tuberkulösen viel prompter darauf reagieren, sobald man ihnen an Hand der pharmakologischen Eigenschaften des Atropin die zu erwartende Wirkung, die sich tatsächlich einstellt, in ihrer Ursache und Bedeutung vorhersagt. Bei einem Patienten, dem ich Belladonna gegen heftigen Tenesmus bei akutem Dickdarmkatarrh gab, erzielte ich zuerst keinen Erfolg damit. Dieser setzte aber sofort ein, als ich ihm auf Grund einer kleinen Zeichnung die Wirkung des Mittels vordemonstriert hatte.

Bei Kranken mit epidemischer Enzephalitis kann man oft mit Vorteil Skopolamineinspritzungen dazu benutzen, sie erstens in einen leicht hypnotischen Zustand zu bringen, in dem die Heftigkeit der Muskelspannung wenigstens zeitweise nachläßt, und man kann dann noch außerdem diese spannungslösende Wirkung des Skopolamin in der Hypnose genauer schildern. Immer wieder habe ich den Eindruck gehabt, daß es dadurch nicht selten gelingt, eine sehr viel länger dauernde symptomatische Beeinflussung durch das Mittel zu erzielen.

Diuretika. Wer die außerordentlich starke Wirkung psychischer Einflüsse auf die Nierentätigkeit kennt, der wird sich nicht wundern, daß es möglich ist, die Wirkung von Diureticis, von Diuretin, Theozin oder entsprechenden Tees durch die Benutzung des psychischen Faktors zu steigern. Es ist mir in einer Reihe von Fällen direkt in die Augen gesprungen, wieviel stärker die harntreibende Wirkung solcher Mittel wurde, wenn man dem Kranken die Art ihrer Wirkungen im einzelnen klarzumachen versuchte. Man erleichtert eben offenbar auch dem chemischen Reize seine Wirksamkeit, man bahnt ihm sozusagen den Weg, indem man ihm von der psychischen Seite her entsprechende Reize zur Unterstützung zuschickt.

Organotherapie. Die Organotherapie ist bekanntlich eines der Gebiete der inneren Medizin, wo die wildeste theoretische mit einer ebenso wilden Geschäftsspekulation Hand in Hand geht. Immerhin gibt es gewisse Tatsachen, die uns darauf hinweisen, wie wir wenigstens einzelne Organpräparate zweckmäßig verwenden können, indem wir die a. a. O. näher ausgeführten Beziehungen zwischen Zentralnervensystem und Hormonausschüttung dabei berücksichtigen. So wissen wir z. B., daß bei sexueller Insuffizienz eine, wie Iwan Bloch (27) sich ausdrückt, Erotisierung des

Gehirns durch Organpräparate möglich ist. Schon der Ausdruck sagt ja, daß auch in diesem Falle der Weg der Erregung nicht rein chemisch direkt am Genitale bzw. dessen peripheren Nerven angreift, sondern über das Gehirn geht. Daher wirkt auch nach meinen Erfahrungen eine Darreichung von Hoden- oder Eierstockpräparaten nur dann mehr als vorübergehend, wenn dafür gesorgt wird, daß zunächst gewisse psychisch bedingte Hemmungen wegfallen und daneben die Art der Wirkung der betreffenden Organpräparate dem Patienten plausibel wird. Das ist hier um so leichter möglich, als die meisten Patienten der Wirkung von Organpräparaten auf Grund nahe liegender, laienhaften Vorstellungen entspringender Assoziationen mehr Vertrauen und Verständnis entgegenbringen, als anderen chemischen Mitteln.

So kennen wir z. B. von den Schilddrüsenpräparaten einigermaßen die Wirkung, und ich möchte speziell bei der Behandlung der Fettsucht, falls dabei überhaupt Schilddrüsenpräparate angewendet werden, diese Anwendung in der Weise vorschlagen, daß nur ganz geringe Mengen sozusagen als Antriebsfaktoren gegeben werden, aber gleichzeitig durch eine genaue Schilderung der meist deutlich zu beobachtenden Allgemeingefühle in einer Weise weiter eingewirkt wird, die es ermöglicht, schließlich das Präparat selbst immer mehr durch die psychischen Faktoren zu ersetzen. Der Hergang der Behandlung würde dann folgender sein: zuerst Darreichen des Präparats mit entsprechender Schilderung der dabei entstehenden allgemeinen Gefühle, gleichzeitig intensiv erzieherische Einwirkung in dem Sinne regelmäßiger gymnastischer Übungen und der Einhaltung bestimmter Diätvorschriften. Wenn dann so der Anstoß zum Fettabbau gegeben ist, dann vermindert man rasch die Dosen des Organpräparats, um schließlich den weiteren Erfolg lediglich der Diät- und Gymnastikbehandlung zu überlassen.

Reizkörpertherapie. Auch die modernste Richtung der Arzneibehandlung, die sogenannte Reizkörpertherapie und die durch sie erreichte unspezifische omnizelluläre Resistenzsteigerung kann in ihrer Wirkung dadurch erhöht werden, daß man sowohl die dabei zu beobachtenden Lokalreaktionen wie die allgemeinen Reaktionen (Fieber, Mattigkeit, allgemeine Unlustgefühle, nachher Verbesserung des Allgemeinzustandes, größere Frische usw.) auch psychotherapeutisch verwertet, indem man sie in ihrem Wesen und ihrer Bedeutung dem Kranken klarzumachen, sie rascher über die Schwelle treten zu lassen versucht[1]).

Diätetische Therapie. Über die diätetische Therapie schließen wir zweckmäßig an dieser Stelle einige Bemerkungen an, weil sie auch

[1]) Man kann sich fragen, ob nicht eine der Hauptwirkungen der Reizkörpertherapie in ihrer Schockwirkung und in dem Gegensatz zwischen dem Schock und der nachfolgenden Erholung zu suchen ist, also in etwas ganz wesentlich Seelischem.

mit chemischen Agentien zu tun hat. Auch hier wird man durch eine Heraushebung der primär-psychischen Wirkung von Nahrungs- und Genußmitteln über die Schwelle des Bewußtseins Gutes und oft Besseres erreichen können als durch einen bloß suggestiven oder an den Willen appellierenden Einfluß. Natürlich soll damit die Bedeutung namentlich des letzteren in keiner Weise geschmälert werden, denn er ist gerade für die Durchführung von Diätkuren von eminenter Bedeutung.

Zunächst kommt die Wirkung der Benutzung von Schwellenwertsreizen auf den Appetit in Frage. Es gibt bekanntlich viele Nahrungs- und Genußmittel, die einen günstigen Einfluß auf die Hervorrufung der Eßlust dadurch ausüben, daß sie die Magensaftproduktion besonders rasch, vielleicht auch besonders reichlich anregen und überhaupt eine gewisse Bereitschaftsstellung körperlicher Art für die Aufnahme weiterer Nahrung schaffen. Man kann diese körperliche aber zugleich auch psychische Wirkung dadurch steigern, daß man in dem Kranken durch die Art und Form der Darreichung der Speisen, durch Schaffung allgemein günstiger äußerer begleitender Umstände, durch Schilderung der Wirkung der Nahrungs- und Genußmittel auf den ganzen Körper das Auftauchen der Eßlust steigert. Das ist namentlich dann wichtig, wenn zwar normale Produktion von Appetitsaft vorhanden ist, aber gleichzeitig bestehende körperliche oder seelische Hemmungen das normalerweise eintretende Hunger- und Appetitgefühl verhindern.

Ferner empfiehlt es sich, bei eigentlichen Diätkuren (Entfettungs- und Mastkuren, Diabetikerdiät) die zu erwartenden günstigen Folgen einer konsequenten Durchführung so klar und verlockend zu malen, daß einerseits die zu überwindenden Unlustgefühle rascher unterdrückt und daß andererseits die daneben entstehenden Gefühle der Stärkung, der verbesserten Leistungsfähigkeit, der größeren Frische, möglichst rasch und gründlich über die Schwelle gehoben und so in den Dienst der Heilung gestellt werden.

Ein eklatanter Beweis für die Wichtigkeit psychischer Einflüsse sei hier noch kurz erwähnt, nämlich die völlige Umkehrung der Wirkung von chemischen Mitteln unter dem Einfluß bestimmter, stark gefühlsbetonter Vorstellungen. Das konnte ich z. B. bei einer an schwerer chronischer Verstopfung leidenden Patientin feststellen: sie erzählte mir, daß, wenn die Verstopfung gar zu lange anhielte, sie zwei sichere Mittel zur Hand habe, um schließlich doch Stuhlgang zu erzwingen: sie esse dann eine Tafel Schokolade und trinke einige Gläser Rotwein dazu. In diesem Falle hat also die psychische Komponente die tatsächliche Wirkung der physischen Mittel glatt überwunden.

Die Wirkung von Reiz- und Genußmitteln wie Alkohol, Tabak und Alloxurbasen auf die Allgemeingefühle ist insofern von einer großen Bedeutung, als die letzteren wichtige Aufgaben in der Gesamtökonomie des

individuellen Lebens haben. Sie sind in gewisser Beziehung die feinsten Regulatoren für alle Arten von Energieverbrauch, für Schwankungen des biologischen Gleichgewichts und der psychophysischen Vorgänge überhaupt. Je mehr Reizmittel genossen werden, um so mehr wird diese Tätigkeit der psychischen Regulatoren in einem ungünstigen Sinne beeinflußt (Bircher-Benner).

Die intravenöse Injektion von Medikamenten bietet wegen der Schnelligkeit ihrer Wirkung psychotherapeutisch manche zweckmäßige Handhabe. Die Anwendung der subkutanen Injektionen verdankt ihre neuerdings große Beliebtheit in Ärztekreisen nicht nur dem Umstande, daß dadurch Magen- und Darmstörungen häufig vermieden werden können, sondern wohl vor allem auch dem, daß es eine zweckmäßige Art ist, wie gleichzeitig mit der körperlichen Einwirkung durch eine eindrucksvolle Handlung auch psychisch auf den Patienten eingewirkt werden kann. Speziell bei der Verabreichung von Arsen- und Eisenpräparaten auf diesem Wege wirkt nicht bloß die tatsächlich nicht zu verkennende körperliche Beeinflussung, vielmehr mindestens ebensosehr die seelische: das durch das Arsen hervorgerufene bessere äußere Aussehen, das ja bekanntlich an sich leider oft genug nur eine vorübergehende Illusion ist, läßt sich im Sinne einer Hebung des Selbstvertrauens zur Genesungsmöglichkeit recht gut verwenden und wirkt dann häufig psychisch weit mehr als physisch.

Eine vom psychotherapeutischen Standpunkte aus falsche pharmakologische Maßnahme sei hier noch erwähnt, nämlich die häufig zu geringe Dosierung solcher Medikamente, deren Wirkung nur dann tatsächlich eintritt, wenn das Medikament in genügend hohen Dosen verabreicht wird. Es ist zweifellos ganz verkehrt, aus einer übertriebenen Ängstlichkeit heraus, der Kranke könnte sich an ein Medikament gewöhnen oder die Wirkungen könnten ihm zu stark erscheinen, bei gewissen Erregungszuständen, bei Schlafstörungen und auch bei Behandlung von Anfällen, namentlich hysterischer Art, zu geringe Dosen zu geben. Das Mittel muß vielmehr auf alle Fälle so stark wirken, daß die beruhigende Wirkung dem Kranken deutlich zum Bewußtsein kommt. Namentlich bei erst kurze Zeit bestehenden Schlafstörungen muß das erstemal, wenn man überhaupt pharmakologisch eingreifen will, so viel gegeben werden, daß der Kranke zunächst die Überzeugung bekommt, „es ist mir also doch noch zu helfen". Gibt man dagegen zu geringe Dosen, so wird durch die ermüdende und erschlaffende Wirkung des Schlafmittels nur die Verstimmung und die Neigung zum Auftauchen von Wachträumen gefördert. Ebenso ist es, wenn man einen Kranken mit Anfällen aus seiner krankhaften Reaktionsweise herausreißen will, unbedingt erforderlich, den Anfall durch das Medikament das erstemal auch wirklich zu unterdrücken. Man kann in allen diesen Fällen später ja rasch mit dem Medikament herunter-

gehen, wenn man es versteht, die nun schon vorhandene Neigung zum Auftauchen der entsprechenden körperlichen Wirkung auf psychischem Wege zu verstärken. Gerade in diesem Falle also ist eine verständige Ausnutzung des psychischen Elements von ganz besonderer Wichtigkeit. Die oben aufgestellte Behauptung, bei Benutzung psychischer Faktoren komme man häufig mit viel geringeren Dosen aus als sonst, wird dadurch nicht verneint, sondern bestätigt. Man kann sagen: bei allen wenig sensibeln Menschen ist es zweckmäßig, zuerst kräftige Dosen eines Medikaments zu geben, um die psychische Wirkung unmittelbar deutlich kennenzulernen. Ist das dann der Fall, so ergibt sich aus der gesamten Einstellung des Individuums, wie man die Dosierung bei Benutzung des seelischen Faktors weiter herabdrücken kann. Umgekehrt wird man bei besonders empfindlichen Kranken die psychische Wirkung des Mittels durch eine erst allmählich sich steigernde Dosierung auszuprobieren und je nach dem Effekt weiter vorzugehen versuchen.

Daß man durch Anwendung der Hypnose die primär-psychischen Faktoren und überhaupt die psychische Wirksamkeit bei Medikamenten wie bei allen sonstigen körperlichen Maßnahmen stärker über die Schwelle treten lassen kann, darauf sei hier noch einmal besonders aufmerksam gemacht.

c) Die primär- und sekundär-psychischen Wirkungen physikalischer Reize.

Gehen wir nun zu den primär- und sekundär-psychischen Wirkungen physikalischer Reize über. Daß solche Reize als Suggestivmittel im strengen Sinne des Wortes besonders geeignet sind, ist bekannt, und auch ein Teil der Ursachen dafür liegt klar zutage: Die Anschaulichkeit ihrer Wirkung und die dadurch gegebenen ausgedehnten Assoziations- und Vorstellungsmöglichkeiten, die scheinbare Einfachheit ihrer Wirkung, die es ermöglicht, sie dem Laien sehr klar — so meint er — begreiflich zu machen, und ferner die Tatsache, daß der Begriff der Schädlichkeit mit ihr weit weniger verbunden wird als mit chemischen Mitteln. Auch auf diesem Gebiete sind über die primär-psychischen Wirkungen und ihre Ausnutzung bisher im ganzen nur recht wenige Untersuchungen angestellt worden. Es handelt sich dabei vor allem um Änderungen der Gefühlslage, und zwar in dem Sinne, daß durch elektrische, hydropathische, Wärme-, Kälte- und Massageprozeduren usw. Gefühle der Lust oder Unlust wachgerufen bzw. unterhalten werden. Als die physiologische Grundlage der dabei auftretenden Allgemeingefühle haben die bisherigen Untersuchungen Stoffwechselvorgänge (Biedermann, Matthes, Winternitz u. a.), Änderungen im Muskeltonus und besonders vasomotorische Vorgänge nachgewiesen, und es scheint mir, als ob vor allem auch eine Beachtung dieser letzteren von großer Bedeutung für unsere Aufgabe sei. Es liegen darüber ja auch von verschiedenen Seiten interessante Experimente vor. So haben

E. Webers Untersuchungen über den Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper, wie oben bereits erwähnt, ergeben, daß bei Lustgefühlen eine Blutverschiebung von den Bauchorganen nach den Extremitäten, dem Gehirn und den äußeren Kopfteilen hin stattfindet und daß bei Unlustgefühlen äußere Kopfteile und Extremitäten sich entleeren, dagegen die Bauchorgane sich stark mit Blut füllen. Otfried Müller hat ebenfalls auf plethysmographischem Wege und durch partiale Wägungen nachgewiesen daß es gelingt, durch kalte und warme Wasserprozeduren Blutverschiebungen in bestimmten Körpergebieten mit einem ziemlich hohen Grad von Sicherheit zu veranlassen. Im allgemeinen verhalten sich nach ihm die Gefäße des Körperinnern, vor allem die großen Bauchgefäße, bei Einwirkung äußerer thermischer Reize auf die Haut wie die Gefäße der Peripherie. Bei äußerer Kälteanwendung nimmt der Füllungszustand zu, bei Wärmeanwendung verengen sie sich. Bei innerer Wärmezufuhr (Trinken von heißem Wasser) fand er umgekehrt Abnahme des Blutvolumens in der Peripherie, und beim Trinken von kaltem Wasser vermehrte Blutfüllung in derselben. Nach den Beobachtungen Strasburgers verhalten sich die Gefäße des Schädelinnern (Gehirngefäße) gleichsinnig wie die Hautgefäße, z. B. sinkt das Gehirnvolumen nach einem kalten Fußbad, um später wieder zuzunehmen. Da nun die enge Zuordnung zwischen Blutgefäßreaktion und seelischen Einflüssen bekannt ist und daher, wenn solche Blutverschiebungen geschehen, durch ihre nahe assoziative Verbindung mit gewissen psychischen Zuständen diese selbst auftauchen oder mindestens eine gewisse Neigung zum Auftauchen bekommen, so sieht man hier eine der Möglichkeiten, durch solche physikalischen Reize primär-psychische, nicht rein suggestive, Wirkungen zu erzielen. Auch die Wirkungen physikalischer Reize auf die Muskulatur werden sich in demselben Sinne verwenden lassen, sofern mit Änderungen dieser Funktionen selbstverständlich auch solche im psychischen Gesamtzustand sich einstellen würden.

Aber auch noch speziellere Wirkungen dieser Art sind denkbar. So hat Winternitz bekanntlich nach flüchtigen Kälte- und Wärmereizen ein Aufsteigen der Berührungsempfindlichkeit gefunden. Es liegt nahe, den günstigen Einfluß mancher entsprechenden Applikationen auf Anästhesien usw. mit auf diese Tatsache zurückzuführen. Auch der Versuche von Spieß sei hier noch einmal gedacht, wonach es gelingt, eine Entzündung dadurch zu unterdrücken, daß man durch Wärme- und sonstige Maßnahmen den Schmerz an den betreffenden Körperteilen herabsetzt.

Auch bei den physikalischen Prozeduren gilt nun natürlich dasselbe, was von den chemischen Reizen gesagt wurde: die primär-psychische Wirkung und die psychische Wirkung überhaupt wird sich unter Umständen erst dann vollkommen entwickeln, wenn sie möglichst hoch über

die Schwelle des Bewußtseins gehoben wird. Dafür noch ein Beispiel aus der Elektrotherapie: Ich faradisiere einen Kranken, der über Müdigkeitsgefühle klagt. Objektiv erziele ich dabei eine kräftige Zusammenziehung der Muskulatur, eine Rötung der Haut, also eine stark vasomotorische Wirkung und indirekt dadurch eine Anregung der allgemeinen Zirkulation. Subjektiv empfindet der Kranke Schmerz, fühlt die Muskelkontraktionen, sieht die Hautrötung und wird in seiner Stimmungslage durch den vasomotorischen Effekt und den erhöhten Muskeltonus beeinflußt. Es tritt also eine Reihe primär-psychischer Wirkungen auf. Wird nun der Betreffende auf die kräftigenden, erfrischenden, stimmungerhöhenden Folgen der Prozedur hingewiesen und ihm das an der Hand der objektiv feststellbaren Wirkungen erklärt, so setzt sich der therapeutische Gesamteffekt aus den körperlichen Folgen des Faradisierens plus den primär- und sekundär-psychischen zusammen, und diese letzteren beiden sind: zunächst Schmerzempfindungen, die aber nur gleichsam die Vorläufer für eine Erhöhung der Bereitschaft zum Auftauchen von Lustgefühlen sind, Muskelempfindungen, Gesichtseindrücke (Hautrötung, Muskelzuckungen), Vorstellung vermehrten und verbesserten Blutumlaufs, erhöhter Muskelkraft, Gefühl der Erfrischung, Hemmung des Müdigkeitsgefühls durch die starke Ablenkung vermittels des Schmerzreizes und der durch die Furcht vor Wiederholung des Schmerzes erzeugte Wille, die Wiederholung zu vermeiden, d. h. die Müdigkeitsvorstellung zu überwinden. An diese direkten psychischen Faktoren können sich dann noch eine Anzahl von Vorstellungs- und Gefühlsassoziationen anschließen, die je nach der Individualität des Patienten weitere Wirkungen entfalten. Ganz im allgemeinen aber wird die Wirkung um so größer sein, je größer die Ähnlichkeit der durch die körperlichen Reize gesetzten primären Empfindungen mit den nach der Schilderung des Arztes erwarteten Empfindungen ist, je deutlicher und eindringlicher also die letzteren die ersteren werden lassen. Man sieht hier zugleich auch wieder, daß die psychische Wirkung solcher Prozeduren eine außerordentlich mannigfaltige sein kann und daß sie mit dem Worte „Suggestion" absolut nicht erschöpft ist, sofern wir es nicht einfach als gleichbedeutend mit psychisch nehmen, sondern es im obigen, strengeren Sinne fassen.

Gehen wir nun in aller Kürze auf die Einzelheiten der physiologischen und daran sich anknüpfenden psychischen Wirkung physikalischer Reize ein!

Hydrotherapie. Über die physiologischen Wirkungen von hydrotherapeutischen Prozeduren wäre im wesentlichen folgendes zu sagen: Wir üben in der Hydrotherapie sensible Reizwirkungen und zwar hauptsächlich Temperaturreize aus, die sich sehr fein abstufen und kombinieren lassen. Über die Reizgröße und ihre Abstufung wissen wir relativ gut Bescheid. Der Reiz wirkt zunächst direkt und reflektorisch auf Gefäße und Herz, auf Herzarbeit und Blutverteilung im Sinne einer Verbesserung der Zirkula-

tionsverhältnisse. Alle Untersucher stimmen darin überein, daß bei Anwendung von Wasserprozeduren die Beobachtung der sogenannten Reaktion, d. h. das Auftreten der sekundären Hautgefäßerweiterungen, von besonderer Wichtigkeit und daß sie gerade sehr starken individuellen Schwankungen unterworfen ist. Das bedeutet, daß gerade auf diesem Gebiete der ganzen Konstitutionsformel, worin natürlich vor allem auch die psychische Reizverarbeitung mit inbegriffen ist, eine sehr große Bedeutung zukommt.

Das Ausbleiben einer normalen Reaktion ist besonders bei Menschen mit abnormer Erregbarkeit des Blutgefäßapparates nicht selten, und doch ist der Eintritt allgemeinen Behagens und des Erfrischungsgefühls nach Wasserprozeduren, d. h. eben des psychischen Faktors der letzteren, von einer gut funktionierenden Reaktion wesentlich abhängig. Es hat sich mir immer wieder empfohlen, in solchen Fällen zunächst eine Art von Vorübung der Blutgefäße zu veranlassen, indem man unter eindringlicher Schilderung der zu erwartenden Wirkung zuerst eine unter allen Umständen hautgefäßerweiternde Anwendung gibt (Dampf-, Heißluftbad, Packung usw.) und dann, auch nach entsprechender vorhergehender Schilderung, die Kälteapplikation folgen läßt. Ist es erst einige Male gelungen, die beiden Reizwirkungen assoziativ miteinander zu verbinden, so ruft die eine die andere auch dann wieder hervor, wenn sie allmählich immer kürzer und weniger ausgiebig gemacht wird. Schließlich bewirkt dann die Gewöhnung eine normale Reaktion auch ohne vorhergegangene Wärmeanwendung. Eine solche Gymnastik der Blutgefäße bei gleichzeitiger starker psychischer Einwirkung habe ich namentlich auch in den Fällen mit großem Erfolg angewandt, wo dauernd über kalte Füße und Hände geklagt wird. Wohl gelingt es manchmal, diese auch auf rein hypnotischem oder sonstigem psychischem Wege zu beseitigen, aber die Kombination von psychischer und physischer Einwirkung erweist sich doch in den meisten Fällen als erheblich überlegen.

Wertvoll für die psychische Einwirkungsrichtung auf die Herztätigkeit ist es auch, zu wissen, daß den ganzen Körper treffende Kälteprozeduren die Pulszahl verlangsamen, Wärmeprozeduren sie vermehren. Erstere wirken tonisierend, letztere erschlaffend auf den Herzmuskel. Lokale Kälteprozeduren in der Herzgegend und solche in der Nackengegend haben einen pulsverlangsamenden Einfluß. Da es in der Hypnose bekanntlich relativ leicht gelingt, eine gewisse Pulsverlangsamung hervorzurufen, so pflegt eine Kombination solcher kalten Prozeduren mit entsprechend laufenden hypnotischen Suggestionen oft sehr intensiv zu wirken. Der Blutdruck wird durch derartige Prozeduren in bemerkenswerter Weise beeinflußt. Wenn auch die Meinungen darüber noch nicht ganz einheitlich sind, wobei sicher die Nichtberücksichtigung des psychischen Faktors ein Hauptgrund der Meinungsdifferenzen ist, so läßt sich doch im allgemeinen als Ergebnis festhalten, daß gefäßverengernde Prozeduren, also Kälteanwen-

dungen, blutdruckerhöhend, gefäßerweiternde blutdruckerniedrigend sind. Bei der Kälteanwendung wird aber durch die nachfolgende reaktive Gefäßerweiterung nach Aufhören der Prozedur ein leichtes Absinken des Blutdruckes eintreten, der indessen meist nicht bis zum ursprünglichen Blutdruck heruntergeht.

Jeder mechanische Reiz wirkt durch Anregung der Herzkontraktion blutdrucksteigernd, und deswegen ist die Blutdruckerhöhung am stärksten nach kalten Prozeduren mit mechanischem Reiz (Abreibungen, Strahlduschen, bewegte Bäder usw.). Eine wirkliche Blutdrucksenkung tritt nach kalten Prozeduren erst ein, wenn sie eine langdauernde, reaktive Gefäßerweiterung nach sich ziehen, wie es z. B. Einpackungen tun. Eine Blutdrucksenkung finden wir aber auch nach heißen Bädern. Berücksichtigt man die subjektiven, psychischen Symptome einer krankhaften Blutdrucksteigerung oder -senkung, so hat man in den Wasseranwendungen ein fein abstufbares und bis in kleinste Einzelheiten anschaulich zu schilderndes Einwirkungsmittel auf dieselben und kann durch Benutzung dieser Tatsache also sowohl auf dem Gebiet der Herz- und Blutgefäßerkrankungen wie auf dem der pathologischen Blutdruckänderungen eine oft überraschende Verstärkung der körperlichen Maßnahmen erreichen.

Die Stoffwechsel- und Ernährungsvorgänge werden durch kalte Wasserprozeduren angeregt, noch mehr allerdings durch sehr heiße einfache Bäder, Moor- und Dampfbäder, auch wohl durch Senfbäder und Senfpackungen. Sie lassen sich daher unter Ausnutzung gleichzeitig einwirkender diätetischer Einflüsse und psychischer Aufklärung besonders gut zur psychophysischen Behandlung von Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen verwenden. Man erinnere sich daran, wie oft schon im gewöhnlichen Leben die Vorstellung: „Jetzt habe ich etwas Besonderes geleistet", mit der Empfindung vermehrten Appetits, verbesserter Leistungsfähigkeit, größerer Frische assoziiert und der Effekt körperlicher Maßnahmen dadurch gesteigert zu werden pflegt.

Die Sekretionen sind bekanntlich in besonders hohem Maße psychischen Einflüssen zugänglich. Es werden also Schwitzprozeduren, die Nierentätigkeit anregende kalte und vor allem warme Anwendungen (z. B. lang ausgedehnte warme Bäder von 1—2 Stunden Dauer), die Gallenabsonderung durch heiße Bäder und Wechselduschen fördernde Maßnahmen durch eine gleichzeitige Berücksichtigung psychischer Momente in der stärksten Weise beeinflußt werden können.

In bezug auf die Anregung der quergestreiften Muskulatur haben Vinay und Maggiora gezeigt, daß allgemein kühle, nicht zu lange dauernde Prozeduren steigernd, warme und langdauernde herabsetzend auf die Muskelleistungsfähigkeit wirken. Dabei ist es selbstverständlich, daß sich das auch in subjektiven Gefühlslagen äußert, die wiederum im Sinne einer Erhöhung der Stärke des physischen Reizes benutzt werden

können. Will man die glatte Muskulatur, vor allem die des Magens und Darms, von der psychischen Seite her beeinflussen, so tut man ebenfalls gut, diese Einwirkung durch eine im gleichen Sinne laufende physiologische zu verstärken, z. B. erhöhen kalte Prozeduren die Magen- und Darmbewegung, warme vermindern sie.

Auf die Atmungstätigkeit pflegen kalte Reize vertiefend und beschleunigend, warme Reize nur beschleunigend zu wirken. Länger dauernde Wärmemaßnahmen lassen die Atmung oberflächlicher werden. Allgemein beruhigende Prozeduren, z. B. feuchte Einpackungen, lang ausgedehnte indifferente Vollbäder verlangsamen die Atmung. Bei der ungeheuer engen Beziehung zwischen den Affekten und der Atmungstätigkeit wird man sich dieser Mittel auch manchmal mit Erfolg zur Steigerung psychischer Wirkungen bedienen und dabei, wie selbstverständlich überhaupt bei dieser ganzen Verbindung psychischer und physischer Behandlung, immer wieder der innigen Wechselwirkungen der beiden Seiten aufeinander gedenken.

Die Beeinflussung von Schmerzen durch heiße und ganz kalte Maßnahmen ist bekannt. Man wird von ihnen auf dem Gebiete der Neuralgien, rheumatischer Affektionen und sonstiger Schmerzzustände in Verbindung mit der in diesem Falle so außerordentlich wichtigen seelischen Behandlung Gebrauch machen und auch hier gerade durch die Anschaulichkeit der Wirkung deswegen besondere Aussichten auf psychische Weiterverarbeitung haben, weil der Schmerz an sich ein so ungewöhnlich stark sinnlich wirkender Eindruck ist, der also auch einfachen suggestiven oder aufklärenden Einflüssen schwerer als andere Symptome zu weichen pflegt.

Zum Zwecke der allgemeinen Beruhigung sind besonders die warmen Vollbäder deshalb mit wesentlichem Erfolg in den Dienst psychischer Einwirkungsmethoden zu stellen, weil die Patienten, wenn man sie einigermaßen dazu anleitet, in solchen Bädern, die eine angenehme Müdigkeit und Entspannung hervorbringen, sehr leicht Autosuggestivübungen zugänglich sind, in denen man an die tatsächlichen Folgen der körperlichen Prozeduren anknüpfen kann.

Eine allgemeinpsychische Wirkung hydrotherapeutischer Prozeduren liegt, wie Matthes u. a. mit Recht hervorgehoben haben, auf dem erzieherischen Gebiete: der Patient lernt momentane Unannehmlichkeiten ertragen, kann also seine Willensenergie dadurch üben. Auch wirken plötzliche starke Kältereize oft im Sinne einer Überrumpelung, z. B. bei psychogenen Lähmungszuständen, und umgekehrt länger dauernde mäßige Wärmereize durch die Hervorrufung angenehmer Allgemeingefühle der Beruhigung und Entspannung. Außerdem ist Goldscheider zuzustimmen, wenn er die Ansicht vertritt, daß die Überwindung einer starken Empfindung, wie z. B. der Kälte, auch auf die übrige Empfindungssphäre einwirken wird und so die, namentlich bei abnorm erschöpfbarem Nerven-

system in hohem Maße irradiierende und Fernwirkungen entfaltende Wirkung anderer Reize einschränken kann. Laute Geräusche, Musik, grelles Licht, Zugluft machen solche Kranke häufig zusammenschrecken, erzeugen allerlei Unbehagen, Schlaflosigkeit, Erregungszustände. Die Gewöhnung an eine beliebig starke Empfindung wirkt nun in diesen Fällen so, daß diese fortgeleiteten Effekte zurücktreten. Natürlich gilt diese letztere Bemerkung von jeder Art stärkerer physischer Maßnahmen.

In diesem Zusammenhang sei auch noch auf eine seit Jahrzehnten geübte, wenn auch sicher meist nicht bewußt geschehende Art psychophysischer Behandlung hingewiesen, die uns zünftigen Medizinern wohl in mancher Hinsicht zu denken geben kann. Ich meine die Art der Behandlung in gewissen Kaltwasser- und Naturheilanstalten. Es ist ganz gewiß kein Zufall, daß solche Anstalten häufig wirklich glänzende Erfolge aufzuweisen haben; vielmehr beruht dieser Erfolg einfach auf der Tatsache, daß manche ihrer Leiter es verstanden haben, das Physische durch das Psychische in einer höchst wirksamen Weise zu unterstützen. Das Vorgehen in einer bestimmten dieser Anstalten wurde mir von einem Teilnehmer folgendermaßen geschildert: Morgens früh aufstehen, kalte Ganzabreibung, bei nacktem Körper Turnübungen, zu gleicher Zeit Gesang, Beginn des letzteren mit einem religiösen Liede, danach rein vegetabilisches Frühstück, hierauf gemeinsames Turnen im Luftbad unter dauernder gegenseitiger begeisternder Schilderung der wunderbaren Wirkung desselben auf die Gesundheit, Vortrag des Leiters der Anstalt über die Art der Wirkung seiner Verordnungen, dann gemeinsamer Spaziergang durch Wald und Feld, bis zu Stunden dauerndes Sitzen in Lehmpackungen bei gleichzeitiger Unterhaltung über die Wirkung im Anschluß an den Vortrag usw. Man sieht, wie hier physische Maßnahmen, die an sich auf Muskeltätigkeit, Stoffwechsel und das Gesamtbefinden ohne Frage im Sinne einer starken Umstimmung einwirken, verbunden werden mit religiösen Vorstellungen, mit Anregungen zur heiteren Stimmung durch Gesang, mit Übung der Muskelkraft und gleichzeitiger Hebung der dadurch gesetzten Lustempfindung über die Schwelle des Bewußtseins. Man bemerke ferner, wie die Heranziehung des Gemeinschaftsgefühls und die Wirkung der Massensuggestion zur weiteren Steigerung der körperlichen Maßnahmen benutzt werden, wie der Leiter durch seine Schilderung diese Hebung der entsprechenden Empfindungen über die Schwelle des Bewußtseins unterstützt, wie er in gewisser Beziehung Vater- und Mutterrolle übernimmt und dadurch die Grundtriebkräfte der Suggestion mobilisiert, wie die Autosuggestion systematisch herangezogen wird (stundenlanges Sitzen im Lehm) und wie endlich letztere Prozedur und zahlreiche andere dazu beitragen, in besonders starkem Maße als Übungen im Ertragen von Unannehmlichkeiten, also als Willensübungen, ihren Einfluß zu entfalten. Warum sollen wir Ärzte nicht aus solchen, zum großen Teil unbewußt geübten Verbindungen

psychophysischer Einwirkung lernen und sie bewußt in den Schatz unserer Heilmethode einreihen? Das, was wir bisher versäumt haben, hat uns mit Recht in den Augen derer, die wirklich Heilung suchen, häufig als weniger leistungsfähig erscheinen lassen.

Muskelübungen. Die physiologische Wirkung der Muskelarbeit jeder Art, also vor allem der Gymnastik und körperlicher Arbeit, ist zunächst ein Einfluß auf den Muskel selbst, nämlich ein erhöhter Materialumsatz darin. Die Zirkulationsverhältnisse, die bei Muskelruhe vorhanden sind, erscheinen diesem Bedürfnis nach erhöhter Zufuhr von Nährstoffen und erhöhter Abfuhr von Abfallstoffen nicht gewachsen. Es findet daher auf reflektorischem Wege ein verstärkter Kreislauf im Muskel statt. Lymphe und Venenblut werden durch die Muskelkontraktion zentripetalwärts verschoben. Man kann mit Frankenhäuser sagen, daß jeder Muskel ein Abbild der Leistung ist, die ihm bisher zugemutet wurde. Da jede Muskelkontraktion einen Nervenimpuls zur Voraussetzung hat und bei der willkürlichen Bewegung also die Großhirnzentren zur Erzielung von Willensimpulsen, zu Überlegungen und Entschlüssen und die Sinnesorgane zur Kontrolle der Bewegung sowie ihres Erfolges tätig sein müssen, so wird durch die aktive Muskelarbeit der Mensch auch als psychische Gesamterscheinung in besonders starkem Maße in Anspruch genommen. Die Wirkung der Übung ist auf keinem Gebiete so sinnlich greifbar dem Menschen vor Augen zu führen, wie auf dem der Muskelbewegung, und zu gleicher Zeit läßt sich ihm der Einfluß übertriebener und einseitiger Tätigkeit in der Form der Erschöpfung und falschen Bahnung zeigen. Auch ermöglicht uns die Bedeutung der Muskelarbeit für das Kreislaufsystem, speziell für das Herz, durch Gymnastik die stärksten Übungseffekte zu erzielen. Ebenso ist der Einfluß der Muskelarbeit auf die Atmungsorgane, den Verdauungsapparat, die Haut und den allgemeinen Ernährungszustand bekannt.

Die psychischen Begleiterscheinungen der Muskelübung sind entsprechend diesen physiologischen Tatsachen vor allem eine Veränderung der Allgemeingefühle im Sinne einer Verbesserung der Stimmungslage, des Gefühls der Erfrischung und der zunehmenden körperlichen und geistigen Kraft und Leistungsfähigkeit. Besonders die nach einer strengen Methodik vorgenommenen gymnastischen Übungen sind außerdem ein ausgezeichnetes Mittel der Stählung der Willensenergie und der Ausdauer, und zwar ebensosehr in Hinsicht auf Bewegung wie auf Hemmung. Was letztere betrifft, so besitzen wir in den sogenannten Selbsthemmungsübungen ein ausgezeichnetes Mittel der Ablenkung der Aufmerksamkeit von irgend welchen körperlichen Mißempfindungen. Es wird dabei irgend eine Bewegung, z. B. das Biegen eines Fingers, das Heben eines Armes, mit äußerster Langsamkeit vorgenommen oder eine reflektorisch bzw. impulsiv sich vorbereitende Bewegung durch Willenskraft unterdrückt. Solche Übungen sind besonders geeignet, bei maßvoller methodischer An-

wendung die Innervation der Muskulatur zu entwickeln und zu einer Stärkung der Willenstätigkeit zu führen.

Aus alledem ergibt sich, daß eine methodische Heranziehung aktiver (entsprechend natürlich oft auch passiver) Muskelübungen zu psychotherapeutischen Zwecken eine besonders erfolgreiche Verbindung psychischer und physischer Einwirkungen gestattet. Dabei lassen sich, wie gesagt, sehr leicht assoziative Beziehungen zwischen körperlicher Funktion und psychischem Effekt herstellen und dauernd unterhalten, weil der Patient ja die weitere Ausbildung und Verteilung der Wirkung vollkommen selbst in der Hand hat.

Die Massage steht der Heilgymnastik sehr nahe und hat demgemäß sowohl lokal wie allgemein in physiologischer Beziehung ungefähr dieselben Effekte. Es ist aber gar keine Frage, daß bei ihr in ganz besonders hohem Maße kompliziertere psychische Faktoren in sehr starker Weise mitschwingen. Wohl wirkt sie infolge ihres Einflusses auf Verbesserung der Blutzirkulation, des Stoffwechsels, der Darm- und Magenfunktionen auch auf die elementarsten psychischen Funktionen im Sinne einer Verbesserung der gesamten Stimmungslage, des Gefühls einer vermehrten Leistungsfähigkeit direkt ein. Aber da es sich bei ihrer Anwendung um die körperliche Einwirkung eines Menschen auf den andern handelt, so wird die seelische Eigenart des Behandelnden dabei von maßgebender Bedeutung sein. Es ist offenbar, daß namentlich ganz primitiv-kindliche Komplexe dadurch oft in einem überraschend starkem Maße angeregt werden, dunkle Erinnerungen an die Zeit, wo das Kind noch von der Mutter oder vom Vater durch Streicheln, Wiegen, leichtes Klatschen beruhigt wurde, schwingen hier sehr stark mit herein, und nicht zuletzt sind es erotische Gefühle, die durch die körperliche Berührung mit dem anderen Menschen hervorgerufen werden. Wenn man sich von Patienten die unmittelbare Wirkung der Massage schildern läßt, so trifft man immer wieder auf die Tatsache, daß die Persönlichkeit des Massierenden, seine körperliche Kraft, sein Wesen, die Art, wie er es versteht, an die Massage suggestive Wirkungen anzuschließen, entscheidend für die Bedeutung der Massage ist. Man kann auch sehr oft beobachten, daß bestimmte Typen von Menschen nur von bestimmten Typen von Masseuren „mit Erfolg" behandelt werden, z. B. rühmen Frauen, die Sehnsucht nach dem starken Manne haben, die kräftige und rücksichtslose Art „ihres" Masseurs, umgekehrt Menschen, die nach sanfter Behandlung sich sehnen, die ruhige, sichere und leise Art des Massierens. Homosexuelle Tendenzen zeigen sich häufig darin, daß z. B. gewisse Frauen nur von einer bestimmten Art junger Mädchen „mit Erfolg" massiert werden können, ähnlich Männer von einer bestimmten Art männlicher Individuen. Eine Patientin versicherte mir einmal im Tone tiefster Überzeugung, daß sie die Erfahrung gemacht habe, nur „ein Mann" sei imstande, Massage richtig auszuüben.

Die sogenannte Nervenpunktmassage, deren theoretische Grundlagen ja so fragwürdig wie irgend möglich sind, verdankt ihre Erfolge zweifellos unendlich viel mehr der psychischen als der physischen Seite ihres Einflusses. Man muß dabei bedenken, daß solche Massagen wochen- und eventuell monatelang ausgeführt werden und daß sie reichlichste Gelegenheit zum psychischen Kontakt zwischen Behandelndem und Behandeltem ergeben. Es ist an sich natürlich durchaus berechtigt und sogar zweckmäßig, Psychisches und Physisches in der Massage zu verbinden. Aber man muß dabei der Bedeutung des psychischen Faktors gebührend gerecht werden; andernfalls führt es zu einer Scheinwissenschaftlichkeit, die nur schädlich sein kann und die, wie die Erfahrung zeigt, im Kranken sehr oft nur Symptome beseitigt, aber dafür die falsche Grundeinstellung befestigt.

Auch die sogenannten Naegelischen Handgriffe sind eine Behandlungsmethode, deren manchmal großer Erfolg viel weniger durch die rein körperlichen Wirkungen zu erklären ist, als vor allem dadurch, daß z. B. bei dem sogenannten „Kopfstützgriff" sich eine körperliche Wirkung, in diesem Falle eine Blutzirkulationsverbesserung im Schädelinnern, mit einer gleichzeitigen äußeren Einwirkung verbindet, welch letztere dem Patienten in ihrer Wirkung so klar gemacht werden kann, daß die entsprechenden Folgen verhältnismäßig leicht realisiert werden. Diese Handgriffe sind also ein Mittel, das vom psychophysischen Standpunkte aus als durchaus zweckmäßig und wirkungsvoll empfohlen werden kann.

In welcher Weise eine scheinbar rein körperliche Behandlung ganz vorwiegend psychisch wirken kann, dafür folgendes Beispiel:

Eine Patientin klagt während der Behandlung darüber, daß seit einigen Tagen plötzlich wieder heftige Schulterschmerzen aufgetreten seien. Aufgefordert, sich darauf einzustellen, taucht ihr die Erinnerung an eine Szene auf, wo sie mit ihrem ersten Geliebten im Theater saß, er rechts neben ihr, und wo er seine Schulter gegen die ihrige lehnte und sie dann in einem ungestörten Augenblick umarmte. Sie habe immer wieder an diese Szene denken müssen, und als sie sich später mit einem anderen verlobt habe, habe sie es nie vertragen können, daß dieser Mann sich an ihre linke Seite setzte und habe immer erklärt, davon bekomme sie Schulterschmerzen. Sie sei dann zum Zwecke der Beseitigung dieser Schmerzen in späteren Jahren zu einem Arzt gegangen, der durch Nervenpunktmassage sie heilen zu können erklärt habe. In den ersten Wochen sei ihr die Behandlung glänzend bekommen, und sie habe während dieser Zeit auch so intensiv wie nie mehr vorher und nachher an den ersten Geliebten gedacht. Dann aber sei ihr der Arzt allmählich unangenehm geworden. Sie habe ein unheimliches Gefühl ihm gegenüber gehabt, und von da an sei sie während der folgenden Wochen der Behandlung immer elender geworden und habe sie deshalb dann abgebrochen. Die Schmerzen seien in dieser Zeit viel stärker geworden und immer nur zeitweilig gewichen, „nämlich solange er mir an meinem Körper herumarbeitete". Sie sei dann im nächsten Jahre zu einer Heilkundigen nach X. gefahren, und das sei der erste Mensch gewesen, der sie wenigstens für einige Zeit von

diesen quälenden Schmerzen befreit habe. Von dieser ebenfalls massierenden Frau habe sie vor einigen Tagen geträumt und ihr im Traume erzählt, daß sie nun bei mir sei und daß es ihr sehr gut gehe. Dann sei ihr im Traume der Geliebte erschienen und habe sie aufgefordert, doch wieder in Briefwechsel mit ihm zu treten.

Nachdem ihr an Hand dieser Erzählung klar geworden war, daß die Schulterschmerzen erotischen Wünschen ihre Entstehung verdankten (nach dem Prinzip, daß an der Körperstelle, wo früher größte Lust empfunden wurde, später besonders intensiver Schmerz entsteht), verschwand dieses Symptom vollständig und dauernd.

Das Interessante an diesem Fall ist nun folgendes: die anfänglich glänzende Wirkung der Massage bei dem Arzt machte einer Verschlechterung und einer immer mehr zunehmenden allgemeinen Schwäche Platz von dem Moment an, wo, wie sie selbst zugibt, eine starke Übertragung auf ihn einsetzte. In diesem Augenblick wurde sie, da eine Entladungsmöglichkeit für sie nicht gegeben war und die sexuelle Spannung einen ungewöhnlichen Grad erreichte, selbstverständlich „immer elender". Offenbar hatte die Massage die erotischen Gefühle hier, wie in so unendlich vielen Fällen, bei der Patientin in grob körperlicher Weise geweckt, was ja am besten bewiesen wird durch die Angabe der Patientin über das Verschwinden des Schmerzes nur während der jeweiligen Zeit der Massage in der zweiten Phase der Behandlung. Es ist also kein Zweifel, daß hier die Nervenpunktmassage nur so lange „wirkte", als die Patientin die dadurch ausgelöste Erotik so vor sich verbergen konnte, daß sie ihr noch als erlaubt erschien. Von dem Augenblick an aber, wo sie ihr klarer zu werden anfing, d. h. wo der Arzt ihr „unheimlich" wurde (eine Unheimlichkeit, die selbstverständlich aus der andrängenden Erkenntnis entsprang, wie es eigentlich um sie bestellt sei), mußte diese erotische Komponente verdrängt werden und dann also naturgemäß in vermehrten Symptomen sich entladen. Daß diese Deutung richtig ist, wird nun weiter durch einen anderen Umstand bewiesen, nämlich durch die auffallende und langdauernde Besserung, die der Schulterschmerz bei der massierenden Heilkundigen fand. Aus anderen, hier nicht mitzuteilenden Erzählungen der Patientin geht nämlich ganz einwandfrei hervor, daß sie in ihrer Erotik eine stark homosexuelle Komponente hatte. Diese, an sich ihr völlig unbewußt, konnte sich also Formen wählen, die ihrem moralischen Bewußtsein nicht als anstößig erschienen. Sie gab auch an, daß sie diese Frau, obwohl sie eigentlich ziemlich ungebildet gewesen sei, doch „schrecklich gern" gehabt habe. Hier konnte sich somit das Erotische einigermaßen und für längere Zeit entladen, ohne irgendwie mit Schuldgefühlen in Widerstreit zu kommen, und daher die glänzende Wirkung der Behandlung, die eine Art Dankbarkeit für die Möglichkeit war, „Lust ohne Schuld" zu gewinnen.

Luft- und Sonnenbäder. Die physiologische Wirkung des Luftbades, d. h. des Aufenthaltes mit nacktem Körper in freier Luft und der

Temperatur der Luft angepaßter Bewegung, wirkt in physiologischer Hinsicht durch direkte Beeinflussung der Hautoberfläche, und zwar erstens mittels der atmosphärischen Luft und deren einzelnen Faktoren (Luftwärme, Feuchtigkeit, Luftdruck und Luftbewegung) und zweitens mittels des diffusen Tageslichtes. Die Luftwirkung geht, wie Markuse u. a. gezeigt haben, im wesentlichen nach drei Richtungen: es wird die Wärmeregulation des Körpers beeinflußt, ferner die Hauttätigkeit und ihre Ausscheidungsvermögen gefördert, endlich übt der im Luftbad geschaffene, im wesentlichen thermische Reize auf die sensiblen Endapparate am Orte der Reizung und reflektorisch auch auf andere Gefäßteile und die Zirkulation der inneren Organe einen starken Einfluß aus. Durch diese Umstände ist das Luftbad eine Abhärtungsmaßnahme ganz wesentlicher Art, indem durch das Wechselspiel zwischen Wärmeentziehung und Blutzufuhr eine Übung der Haut und des Nervensystems eintritt. Sie ist nachhaltiger als die durch den Reiz des Wassers veranlaßte, weil die Wärmeentziehung nicht so rasch, stark und gleichmäßig erfolgt und man infolgedessen eine niedrige Temperatur (bzw. dieselbe Temperatur längere Zeit hindurch) applizieren kann. Es wird durch die längere Dauer der Einwirkung auch die Stoffwechselsteigerung eine bedeutendere als beim Wasserbad, der Fettumsatz wird reflektorisch erhöht infolge gesteigerter Muskeltätigkeit und der kalten Einwirkung auf die Hautnerven. Es findet eine Entlastung der inneren Organe und eine Anregung der Herz- und Atmungstätigkeit statt, ebenso eine Anregung der Sekretion der Nieren und Verdauungsorgane. Ein länger dauerndes Luftbad bringt auch nach dem Stadium der Anregung eine gewisse Herabstimmung der Nervenfunktionen hervor und wirkt beruhigend und schlaffördernd.

Diesen physiologischen Wirkungen entspricht in psychischer Hinsicht das Gefühl starken Wohlbefindens, erhöhten Appetits und größerer Leistungsfähigkeit. Der mit dem Luftbad verbundene Zwang zur Abhärtung wirkt günstig auf die Willenssphäre ein, steigert das Gefühl der Widerstandsfähigkeit gegen äußere Einflüsse und fördert so eine Herabsetzung der Empfindlichkeit gegen äußere Reize überhaupt. Da außerdem die Bewegung im Freien und oft genug auch das Zusammensein mit anderen, gleichgesinnten Menschen einen günstigen Effekt auf die Gesamtstimmung hat, so besitzen wir im Luftbad tatsächlich ein ganz hervorragendes psychophysisches Umstimmungsmittel, das viel zu wenig in seiner Bedeutung gewürdigt wird und das doch dank seiner Einfachheit (man kann es im Notfalle fast überall improvisieren) für jeden Menschen durchführbar ist.

Sonnenbäder. Während im Luftbad vor allem thermische Reize als Heilfaktoren in Frage kommen, gesellen sich im Sonnenbad zu diesen die Lichtreize. Die psychische Wirkung des Sonnenlichts läßt sich vielleicht am deutlichsten an den Wirkungen zeigen, die seine Abwesenheit

auf den Menschen ausübt, wie wir das besonders von den Polarexpeditionen während der Zeit der Polarnacht her wissen: zunehmende Gedrücktheit, Müdigkeit, Schläfrigkeit, Unlust zu Bewegungen, Nachlaß der geistigen Leistung, der seelischen Spannkraft, Verlangsamung des Gedächtnisses, Gleichgültigkeit gegenüber dem Lebensschicksal und Depressionszustände auf der einen Seite, eine abnorme Reizbarkeit, Schlaflosigkeit ebenfalls mit Gemütsverstimmung auf der anderen. Letztere Reaktionen sind wohl zum Teil als Wirkungen der ersteren bei solchen Menschen aufzufassen, die sich längere Zeit krampfhaft anstrengen, die Wirkung der ersteren durch Energie aufzuheben. Untersuchungen, die sich direkt auf die psychischen Wirkungen des Lichts bezogen, haben uns gezeigt, daß es auf die Psyche als vitaler, die Lebensenergie und Arbeitsfreudigkeit steigernder Reiz sich geltend macht. Dadurch pflegt auch der körperliche Organismus stark beeinflußt zu werden. Vor allem bedarf das im Wachstum begriffene Individuum für den Aufbau der Gewebe reichliche Lichtzufuhr; daher die besonders große Wirkung der Sonnenbestrahlung auf Kinder. Die körperliche Wirkung der Sonnenbäder äußert sich in einer Vermehrung der Durchblutung der Hautgefäße, Entlastung innerer Organe, Beeinflussung des Stoffwechsels und der Blutverteilung, Anregung des Nervensystems und in starker Schweißbildung und anderen Ausscheidungsvorgängen. Wird schon dadurch das psychische Gesamtbefinden wiederum aufs stärkste beeinflußt, so pflegt die lebhafte Blutüberfüllung, die Pigmentierung der Haut, die dabei auftritt, auch insofern psychisch günstig zu sein, als die Patienten direkt sehen, „wie stark" das Sonnenbad wirkt. Man braucht ja nur einmal ein Seebad zu besuchen, um zu sehen, wie die Menschen sich gegenseitig in der Hautbräunung zu überbieten bestrebt sind und wie sie das Gefühl der Kräftigung nicht zum geringsten Teil damit in unmittelbaren Zusammenhang bringen.

Die Behandlung mit künstlichen Bestrahlungen aller Art, vor allem mit den jetzt so sehr beliebten ultra-violetten Strahlen, haben in mancher Hinsicht ähnliche Effekte wie das Sonnenbad und die psychischen Komponenten sind dabei dieselben. Es lassen sich damit Aufsaugungsvorgänge, Herabsetzung von Schmerzen, Stoffwechselbeeinflussung besonders dann in verstärktem Maße hervorrufen, wenn man entsprechende Aufklärungen über die zu erwartenden Wirkungen damit verbindet. Ob Licht von verschiedener Farbe psychisch verschiedenen Einfluß hat, wie das namentlich von russischen Untersuchern angegeben worden ist, läßt sich zur Zeit noch nicht sicher entscheiden. Rotes Licht soll danach erregend und beschleunigend auf den Ablauf psychischer Prozesse wirken, violettes verzögernd und deprimierend, blaues beruhigend. Praktisch läßt sich nur sagen, daß unter Blaulichtbestrahlungen manchmal Hypnosen, die sonst nicht gelingen wollen, sich leichter einleiten lassen. Daß dabei aber die psychische Wirkung das Wesentliche ist, darf man ohne weiteres annehmen,

wenn man die Vorstellung, die die Kranken damit verbinden, sich öfters hat erzählen lassen.

Balneotherapie. Für die verschiedenen Arten der in Badeorten verabreichten Bäder gilt bezüglich ihrer physiologischen und der daran sich anschließenden psychischen Wirkung dasselbe, was über den mechanischen, thermischen und chemischen Einfluß der im Hause angewandten Bäder gesagt wurde. Hier sei daher nur kurz darauf hingewiesen, daß der weitaus größte Teil der Wirkung dieser Badeorte psychischer Natur ist. Entfernung aus der Umgebung, Ruhe, systematischer Gebrauch einer Heilmaßnahme (im Gegensatz zu daheim) und die damit Hand in Hand gehende Disziplinierung des Willens, die gleichzeitig eintretende Erwartungsvorstellung der Heilung, gegenseitige Beeinflussung der Badegäste untereinander, der Gedanke an die hohen Kosten, das alles spielt hier eine wesentliche Rolle. Die einzelnen Bäder haben zweifellos auch eine besondere psychophysische Wirkung so z. B. bei Kohlensäure- und Sauerstoffbädern durch eine starke Reizung der Haut- und Blutgefäße, durch das prickelnde Gefühl des am Körper aufsteigenden Gases und die damit verbundenen angenehmen Allgemeinempfindungen, durch den suggestiv wirkenden Anblick des perlenden Wassers, zum Teil auch durch die mit den Geruchseindrücken besonders innig verwachsenden Gesamteindrücke und bei Moor-, Schlamm- und Sandbädern außerdem noch durch die eindrucksvolle Form der Zubereitung und die Eigenartigkeit der verwendeten Stoffe: das alles sind ebenso viele Gelegenheiten zur Anknüpfung zahlreicher psychischer Beeinflussungen.

Klimatotherapie. Die verschiedenen Faktoren, die das Klima zusammensetzen: Luftbeschaffenheit, Art und Stärke der Winde, Wärme, Besonnung lassen schon wegen ihrer Mannigfaltigkeit vermuten, daß die Klimawirkung auch in seelischer Hinsicht eine außerordentlich zusammengesetzte Größe ist. Um nur einiges herauszugreifen: selbst bei hohen Temperaturen hat man bei trockener Luft immer das Gefühl des Wohlbehagens, der Frische und Elastizität, bei starkem Feuchtigkeitsgehalt entsteht schon bei einer Temperatur über 25° C das Gefühl der Beklemmung, Unruhe und Unbehaglichkeit, das sich bei höheren Temperaturen bis zu völliger Kraftlosigkeit steigern kann. Bei Kälte vermag eine wirkliche Ruhe des Körpers nicht aufzutreten, sie erhöht daher die Arbeitslust und -fähigkeit, wogegen diese bei feuchter Luft über 20° sinken. Je nachdem man also mit der Klimakur Steigerungen der Arbeitslust oder Neigung zur Ruhe hervorrufen will, muß man das Klima entsprechend wählen und kann dann die betreffenden Wirkungen durch anschauliche Schilderung leicht über die Schwelle treten lassen.

Die Menge des Lichtes, die einem bestimmten Ort zugeführt wird, also das, was man als Heiterkeit des Klimas bezeichnet, ist in psychischer wie physischer Hinsicht von enormem Einfluß. Seelisch zeigt sich das in

dem Gefühl des Wohlbehagens, der Frische, der heiteren Stimmung, der Bewegungslust, des Tatendrangs an sonnigen Tagen, in der einschläfernden, hemmenden, Unlust erzeugenden Wirkung des trüben Wetters.

Ohne Zweifel ist dieser Einfluß des Wetters zu einem guten Teil nicht bloß physischen, sondern vor allem psychischen Ursprungs, indem aus der frühesten Kindheit stammende Assoziationen zwischen schlechtem Wetter, Zwang, im Hause zu bleiben, schlechter Stimmung einerseits und gutem Wetter und froher Stimmung andererseits dabei eine ausschlaggebende Bedeutung haben.

Der Einfluß des Klimas auf den Nahrungsbedarf und damit Hand in Hand gehende Änderungen des Stoffwechsels samt ihren psychisch starken Folgen macht sich namentlich bei Menschen mit vorwiegender Geistesarbeit lebhaft geltend. Für sie werden ja die Lebensbedingungen in klimatischen Kurorten von Grund auf geändert. Die richtige Muskelarbeit erzeugt wahre Muskelermüdung, die ihrerseits wieder besseren Schlaf und dadurch vermehrte Leistungsfähigkeit mit sich führt. Wenn man bedenkt, daß ein Mensch, der sich nicht viel bewegt, einen Umsatz von 2400 Kalorien am Tage hat, daß der Nahrungsbedarf schon bei mittlerer körperlicher Arbeit aber auf 3080 Kalorien sich steigert (Rubner), so erhellt ohne weiteres, wie sehr die Lust zur Nahrungsaufnahme und die verschiedensten anderen elementaren psychophysischen Funktionen sich steigern müssen und die Stimmung sich heben muß.

Die Auswahl der Klimaorte sollte demnach immer unter stärkster Berücksichtigung sowohl der psychischen wie der physischen Faktoren geschehen, um auf alle Fälle der Wirkung der objektiven physikalischen und chemischen Einflüsse einen möglichst großen Reflex im Subjekt zu sichern. Es will mir scheinen, als ob die Indikationen für die verschiedenen klimatischen Kurorte unter diesem Gesichtswinkel häufig mindestens individuell total andere werden würden als sie heute sind. Man kann oft genug erleben, daß die Wirkungen eines Klimas, die man auf Grund physikalischer und physiologischer Überlegung erwartet hatte, den tatsächlichen diametral entgegengesetzt sind. So habe ich z. B. zahlreiche Fälle von sogenanntem chronischem Gelenk- und Muskelrheumatismus, bezüglich dessen man im allgemeinen das Seeklima als Gegenanzeige betrachtet, in dem letzteren in geradezu hervorragend günstiger Weise beeinflußt gesehen, und zwar dadurch, daß die Patienten einerseits durch den stundenlangen Aufenthalt in der Sonne, bei wesentlich unbekleidetem Körper physisch stark umgestimmt wurden, daß aber vor allem ihre psychische Stimmung und ihr Selbstvertrauen in lebhafter Weise gefördert wurde. Umgekehrt kann man es nicht selten erleben, daß z. B. Asthmatiker, für die Höhenlagen im allgemeinen als angezeigt betrachtet werden, wenn die psychischen Umstände an den betreffenden Orten ungünstig sind oder eine falsche, verweichlichende psychische Behandlung dort dazutritt, in

höchst unerfreulicher Weise reagieren. Der psychische Faktor kann also die Wirkungen eines Klimas in einer Weise beeinflussen, die den tatsächlichen physiologischen Wirkungen direkt entgegengesetzt ist.

Bei den Seekurorten kommt außer den genannten Einflüssen als psychische Wirkung speziell des Badens noch hinzu (Hiller): der Eindruck einer gewissen Gefährlichkeit, die Notwendigkeit, durch eigene Muskelkraft sich auf den Beinen zu halten, der sinnliche Reiz, den das wild bewegte Spiel der schäumenden Wellen auf das Auge ausübt, endlich das Gefühl der Genugtuung und Befriedigung beim Verlassen des Bades. Durch all das wird eine Hebung des Selbstvertrauens, des Gefühls in die eigene Kraft erzeugt und der Mut und die Tatkraft neu belebt.

Besonders wichtig erweist sich die Berücksichtigung psychischer Faktoren bei der Überwindung der sogenannten Akklimatisationserscheinungen, und zwar in einem Maße, daß erst dadurch für viele Kranke eine erfolgreiche Klimakur durchgeführt werden kann. Diese Erscheinungen, die sich in Höhenkurorten bekanntlich in beschleunigter Atmung, Atemnot, Herzklopfen, Schwindel, Ohrensausen, Schlaflosigkeit, Ohnmachtszuständen, manchmal sogar Temperatursteigerungen, an der See dagegen oft in Unruhe, Schlaflosigkeit und einer gewissen Neigung zur Depression äußern können, sind ja zweifellos auf tatsächliche körperliche Einwirkungen des Klimas zurückzuführen, und sie machen sich naturgemäß um so stärker geltend, je größer bei dem Wechsel des Klimas die Unterschiede gegenüber dem Heimatklima sind. Entsprechend der Tatsache der abnormen Reizverarbeitung reagieren nun die Menschen je nach ihrer allgemeinen Sensibilität auf diese teils schwachen, teils stärkeren klimatischen Reize verschieden intensiv. Und wie man die günstige Wirkung des Klimas durch ein psychologisch richtiges Vorgehen steigern kann, so kann man durch eine entsprechende Aufklärung über die Reizwirkungen des Klimas die Stärke der Akklimatisationswirkungen abschwächen und meist so gut wie ganz aufheben. Es ist ein grober Fehler in dieser Hinsicht, körperlich nicht schwer kranken Patienten gleich nach der ersten Akklimatisationserscheinung nachzugeben und sie an andere Orte zu schicken, vielmehr gilt es, ihnen zu zeigen, wie sie das Ertragen dieser anfänglich abnormen Reize geradezu als Mittel zur Übung im Ertragen von Unannehmlichkeiten benutzen können und müssen. Ja, ich möchte so weit gehen, einen wesentlichen Teil der Klimawirkung für viele, namentlich nervöse Patienten in dieser selbsterzieherischen Bedeutung des Klimas zu sehen.

Über die psychischen Wirkungen des Hochgebirges hat der Schweizer Bezzola-Rohr, der Gelegenheit hatte, eingehende Studien im Hochgebirge selber vorzunehmen, eine Reihe uns interessierender Erfahrungen mitgeteilt: Er unterscheidet entsprechend den drei Stadien, die ein in unser Gehirn eintretender Eindruck bis zum Ausdruck durchläuft, auch drei

Phasen der Hochgebirgskur: die Reizphase der Akklimatisation, die Assoziationsphase mit Umstimmung der Seelentätigkeit und die Reaktionsphase mit den Entäußerungstendenzen. Betreffs der ersten Phase weist B. darauf hin, daß scheinbar manche suggerierte Angstvorstellungen sich als Akklimatisationsbeschwerden realisierten. Bei nervösen Menschen mit gesunden Organen könne man also ruhig einen schnellen Übergang wagen, wenn sie einem Arzt überwiesen werden. Das allgemeinste Symptom der Anpassung ist ein submanischer Zustand. Er kann ohne ärztliche Überwachung zu Überanstrengungen und unnötigen Erregungen führen. Die eigentliche heilende Wirkung zeigt sich sodann in Besserung des Appetits, der Ernährung, Anregung des Stoffwechsels usw. Psychotherapeutisch handelt es sich darum, den umstimmenden Einfluß des Hochgebirges auf das Gefühlsleben zu prüfen und die Assoziation der wirksamen Sinneseindrücke mit der Vorstellungstätigkeit, eventuell auch mit der unterbewußten individuellen Erfahrung zu prüfen. Das Bewußtsein wird stark abgelenkt, der Zweifel, die beständige Unsicherheit namentlich des Nervenkranken findet einen wirksamen Kontrast in der täglichen Erinnerung an die Macht unabänderlicher Naturkräfte, in dem Zwange zur Geistesgegenwart, der ihn aus Träumereien aufrüttelt. „Alles drängt zum Handeln, zur Entäußerung eigener Kräfte, die durch krankhafte Gefühle gehemmt waren." Die Assoziationsversuche ergaben denn auch durchgehends Kontrastvorstellungen zu den früheren trüben Vorstellungen. Bei schweren Neurosen gebraucht B. neben der Reiztherapie des Hochgebirges auch die Reaktionstherapie, „um auch unterbewußte Erfahrungskomplexe bewußt und der umstimmenden Wirkung der Hochgebirgsreize zugänglich zu machen". Dazu verwendet er „die einfache kathartische Psychoanalyse" (freie Assoziation mit verbundenen Augen). Er fand, daß das Eindringen ins Unterbewußte „wohl infolge der starken Ablenkung der Aufmerksamkeit durch die große Alpenwelt" erleichtert wird: größere Mitteilsamkeit sonst schweigsamer Menschen, Zunahme des Tatendranges. Damit kommt die Schlußphase der psychischen Klimaeinflüsse, die psychomotorische Reaktion, bestehend in einer größeren Lust an intensiver Muskeltätigkeit. So ist die befreiende Tat, die den Schlußstein aller Psychotherapie bildet, im Hochgebirge durch die Umstände besonders erleichtert, und der Kranke erringt im Handeln wieder den Glauben an sich selbst, der ihm in inneren Konflikten abhanden gekommen war.

An dieser Stelle ist ferner noch einer beachtenswerten geistreichen Arbeit eines anderen Schweizers, Charles Widmers (301), zu gedenken, die, trotzdem, oder gerade weil sie von der üblichen Betrachtungsweise stark abweicht, meiner Ansicht nach lebhaftere Beachtung verdiente, als ihr zuteil geworden ist. Die Geschichte der Hochgebirgsphysiologie, sagt er, sei ein ständiges Sich-Entfernen von — und wieder Zurückkehren zu der Theorie des Sauerstoffmangels. Ohne den Wert der dabei gewonnenen

Resultate zu verkennen, müsse man doch sagen, daß nirgends die Lücke, die die exakten Wissenschaften von den Lebensvorgängen trennen, weiter klaffe als in diesen Untersuchungen, nirgends würde uns so, wie im Hochgebirge klar gemacht, daß das Leben vor allem eine psychische Funktion sei und daß das, was wir im Reagenzglas finden oder am Apparat ablesen, für das Wesen der Vitalität Nebensache bedeute. Er hat seine Beobachtungen bei Gelegenheit von etwa 50 Sportexpeditionen gemacht, die meist in Höhen von etwa 2000 oft aber auch bis 3000 m führten. Die Teilnehmer waren 10—20 Personen beiderlei Geschlechts und jeden Alters. Ferner stützen sich seine Beobachtungen auf eine Reihe von Expeditionen, die er als Militärarzt mit Gebirgstruppen zu machen Gelegenheit hatte und wobei in jedem Falle mehrere 100 Individuen in Betracht kamen. Als psychische Wirkungen der Gebirgstour schildert er nun folgendes: Anfangs starke Hebung des Ichgefühls, viele Worte und Erzählungen von Abenteuern. Namen und Dinge werden dabei oft verwechselt. Die erste Anstrengung wird schließlich in zunehmender Resignation getan. Nach einer gewissen Steigung setzt wieder eine Exaltation ein, man lacht viel, spricht und gestikuliert laut, aber immer über ein und dasselbe Thema. Der Gesprächsstoff ist sehr eng umgrenzt, bezieht sich fast nur auf die augenblickliche Situation. Nach weiteren 200 m macht die Lustigkeit einer leichten Verstimmung Platz, so daß häufig an einer unzweckmäßigen Stelle verlangt wird, Halt zu machen. Die Ermüdung, die Atmung und der Puls, die sich vorher in normalen Grenzen bewegten, werden wieder in ungünstigem Sinne verändert, und diesen gefährlichen Moment hält Widmer für den scheinbar plötzlichen Beginn der Bergkrankheit, die sich allerdings in Wirklichkeit schon vorher vorbereitet hatte. Ihn zu überwinden, erfordert die Aufbietung aller seelischen Kräfte. Unter Anfeuerung seitens der Führer werden die Lässigen wieder auf die Beine gestellt, aus Nachahmung mehr als aus Überzeugung die letzte Spannkraft noch einmal aufgepeitscht; die letzte Stunde Wegstrecke wird für die Hälfte der Teilnehmer zur endlosen Qual, und doch weiß, oben angelangt, niemand mehr etwas von den Trübnissen der Fahrt. Das ist seiner Meinung nach der stereotype Verlauf einer größeren Gebirgstour mit Nichttrainierten im Winter.

Die Basis für diese Vorgänge ist in nicht mißzuverstehender Weise die Psyche. Der lose haftende, oberflächliche Bewußtseinsinhalt wird zuerst eingeengt. Durch die Bewältigung des Niveauunterschieds werden sozusagen zwiebelschalenartig die Vorstellungskomplexe nacheinander losgelöst, die Einengung der psychischen Sphäre geht mit dem überwundenen Niveauunterschied ziemlich genau parallel. Der Tätigkeitsdrang, die Vielgeschäftigkeit sind in diesem Sinne Zeichen weggefallener Hemmungen, Überlegungen und Schlüsse, die sonst verhinderten, allerlei buntes, auftauchendes Erinnerungs- und Gefühlsmaterial zu äußern, sind vergessen,

das Ichgefühl gesteigert; die Wünsche, durch die Großartigkeit der Natur aufgestachelt, bekommen freiere Bahn, je höher man steigt. Bald beginnt auch das Gedächtnis zu leiden, was sich in der Unterhaltung mit Deutlichkeit und Regelmäßigkeit zeigt. Das macht seiner Meinung nach nicht die Anstrengung; denn sobald ein Thema von etwas Nahem, Eigenem angeschlagen wird, wobei also ferne und fremde Begriffe nicht in Betracht kommen, fließt die Rede wieder ungehindert. Man findet in jeder Klubhütte irgend einen, der über ein nicht zu findendes Wort nachgrübelt, und manchmal werden ganze Begebenheiten scheinbar restlos ausgelöscht, entscheidende Schicksalswendungen in der Höhe vergessen. Mehrfach hat er erlebt, daß durchaus normale Menschen Mitteilungen, Kartengrüße an Verstorbene vom Gebirge aus gerichtet haben. Man sieht viel Oberflächliches, Seichtes an Bildung, Anstand, Sittlichkeit wie weggeschmolzen. Der Mensch wird, wer er ist. „Zeige mir, wie du dich an der Klubhütte aufführst, und ich sage dir, wer du bist," habe schon Mosso in seinem klassischen Werke über die Einwirkung des Hochgebirgsklimas gesagt.

Infolge des Wegfalles gewisser Hemmungen bestätigt sich also hier die alte Erfahrung, daß überall da, wo entweder körperliche Ermüdung oder sonstige äußere Einwirkungen, in unserem Falle z. B. Änderungen des Sauerstoffgehaltes der Luft, der Luftdruckverhältnisse usw., in stärkerem Maße auf den Organismus einwirken, die automatischen und unbewußten Leistungen gegenüber den anderen, sogenannten höheren, hervortreten: das äußere sich nicht nur in bezug auf plötzlich auftauchende, vermehrte Leistungsfähigkeit im Sinne einer größeren Sicherheit, sondern auch in bezug auf das Hervortreten rein instinktiver und triebhafter, sexueller und sonstiger Regungen.

Neben dem so kraß hervortretenden Instinktiven komme aber auch ebensoviel primitiv Moralisierendes zum Vorschein in Form einer mystischen Angst und Zwangsvorstellung. Er sei dabei, sagt Widmer, immer wieder erstaunt gewesen, wie wenig in den, die sexuellen Begriffe im Zaume haltenden Vorstellungen die Elemente der Erziehung und Bildung zu finden seien. Eine Art moralischen Bannes, den eher der Zufall in das Bewußtsein getragen habe als die Ethik, immobilisiere nicht nur die sexuelle Sphäre, sondern finde sich sozusagen über dem ganzen Lebensinhalt des Individuums. Er stachle auf zu den großen und kleinen Taten des Daseins und sei der Schutzengel in Versuchung und Gefahr viel mehr als alle realen Begriffe.

Die körperliche Ermüdung spiele nur insofern primär eine Rolle, als sie diesen Ausfall der Vorstellungen manifest mache. Bei Fahrten mit der Bergbahn sei der Ausfall daher ebenfalls vorhanden, verlaufe nur meist unbemerkt, „weil keine ermüdeten Organe Hilfe, Anreiz, Trost und Schutz bei den ausgefallenen Vorstellungen suchen". Die automatischen unterbewußten Funktionen von Muskelapparat, Atmungs- und Herz-

tätigkeit sind für die Steigermüdung das wesentlich Ausschlaggebende, währenddem der Einfluß der Niveauunterschiede sich zuerst in den subtilen psychischen Veränderungen manifestiere. Beide Faktoren fallen aber häufig in weitgehendem Maße zusammen.

Eine Reihe von Transportübungen, wobei Verwundete mit möglichster Eile über Gebirgsterrain, teils ohne Weg, teils auf schlechten Pfaden zu befördern waren, gaben dem Verfasser Gelegenheit, die Ermüdungserscheinungen noch genauer zu beobachten. Dabei fand sich eine meist hochgradige Anfangsermüdung mit Zyanose, Übelkeit, Erbrechen, Pulsdikrotie und Atemnot, die aber bei Fortsetzung der Arbeit nicht mehr, sondern weniger wurden. Es folgt also der rapid einsetzenden Anfangsermüdung regelmäßig eine Erholung, die lange andauert. Darum ist eine Gewaltanstrengung ergiebiger und weniger erschöpfend als viele kleine Anläufe. Vorgänge in den peripheren Organen oder im Herzen können nach seiner Meinung nicht Ursache der raschen Erholung sein, denn hier einsetzende künstliche Anregungsmittel haben niemals eine Besserung beträchtlicher Ermüdungszustände gebracht. Aber auch die vollkommenste körperliche Ruhe läßt merkwürdigerweise den ganzen Symptomkomplex der Ermüdung nur sehr langsam zum Verschwinden kommen, dies wohl deshalb, weil der Hauptvorgang der Ermüdung sich im Zentralorgan abspiele. „Jede Anstrengung fängt im Gehirn an, der Körper ermüdet, erschöpft sich, wenn das Gehirn keinen Anreiz, keine zündende Vorstellung, keinen Imperativ mehr auszugeben hat.“ Ganze Serien von Reizvorstellungen, von Imperativen werden sich nun gegenseitig ablösen, ehe der ganze Vorrat erschöpt ist. Diese Vorstellungen werden erst trivialen, vielfarbigen Inhalts sein, später, mit zunehmender Ermüdung werden sie immer einheitlicher, homogener, sowohl unter verschiedenen Verumständigungen als bei verschiedenen Individuen untereinander. Wir finden hier auch, wie oben für die Bergkrankheit ausgeführt wurde, lange nach dem Auslöschen der Alltagsreize, lange nach Versagen selbst von Ambition und Konkurrenz, tief am Grunde unserer Willenstätigkeit als letzte Motive einige mystische Idole tätig, ein dunkles Heldentum, mit etwas sexuellem Einschlag. „Und diese letzte Vision gleicht sich immer wieder, beim englischen Obersten wie beim Schweizer Rekruten; von ihrer heiligen weißen Fee empfangen sie alle tief drinnen ihren Lorbeerkranz, und in ihren Armen allein erhält ihre Erschöpfung Erlösung durch Schlaf und Vergessen. Mit Hilfe dieser Idole wird die letzte, die große Anstrengung getan, ihr Einsetzen bedeutet erst die Mobilisation der letzten großen Reserve, der Hauptkraft des Organismus.“

Hier muß deshalb auch unsere Hilfe einsetzen. Es gilt, mitten hineinzugreifen in die geheimsten Werkstätten unseres Trieblebens, mit einem Kommandowort, einer aufmunternden oder aufpeitschenden Bemerkung oder auch mit einem Lied, irgend einem Rhythmus, mit Trommel

oder Trompete. Dadurch erst wird wieder das Tiefste im Menschen mobilisiert. Den Zweckcharakter des Ausfalles an Vorstellungskomplexen und des Höherkommens von allem Automatischen und Triebhaften sieht Widmer darin, daß sich die Anstrengung nun nicht mehr auf oberflächliche, kapriziöse Zufallsvorstellungen, sondern auf tiefere, solidere Schichten stützen kann. Durch den Ausfall der bewußten Denktätigkeit werden Sicherheit, Ausbalanciertheit, Weginstinkte auf Bergeshöhen sehr viel größer; daher auch die erstaunliche Leichtigkeit und felsenfeste Sicherheit, die uns oben oft überrascht. Unsicherheit, Schwindel, Benommenheit setzen nur immer dann ein, wenn das bewußte Denken und Wollen die Führung wieder an sich zu reißen versucht. „Das Wiedergewinnen der Sicherheit aus diesem tückischen Hinterhalt heraus aber bedeutet, indem sie sich einstellt, das Auffinden von neuen starken Vorstellungen, das Bewußtwerden von hundert Unabhängigkeiten und Möglichkeiten, die man nicht nur „weiß", sondern tief innen „fühlt". Das Merken, daß es geht, daß Schwerpunkt und Gleichgewicht nichts mehr zu sagen haben, daß man auch die, aus Überlegung und physikalischen Gesetzen unmöglich scheinende Stelle, leicht und mit Selbstverständlichkeit bezwingt, daß man auf dem steilsten und glattesten Firn nicht ausrutscht usw. — dies alles erzeugt ein Hochgefühl, ein Innewerden des geheimen Stils der Natur, ein Verstehen von Gefahr und Gefahrlosigkeit auf ganz anderer Grundlage, als der mit materieller Logik mitteilbaren.

Jeder Sport ist eigentlich das Streben nach diesem Hochgefühl, nach der Emanzipation von den Gesetzen der Trägheit und der Schwere, nach Unabhängigkeit von all den Vorstellungen, auf die sich die Behaglichkeit, das Glück des Alltags stützt. Aber durch nichts wird die Relativität der Vorstellungen und Begriffe so restlos ausgelöscht und das Absolute und Tiefste so gewaltig in den Vordergrund gestellt, wie durch die, in eigener Körperarbeit gewonnene Bergeshöhe. Das ist die große Sittlichkeit, die die Berge schenken."

Ich habe diese Arbeit aus zwei Gründen so ausführlich besprochen: erstens zeigt sie die Wirkungen der Ermüdung und der Niveaudifferenzen, also von Veränderungen der Luftzusammensetzung, des Luftdruckes usw. auf das Auftauchen unbewußter Funktionen mit einer einzigartigen Klarheit, zweitens aber kann sie die Bedeutung einer psychophysischen Betrachtungsweise einleuchtend beweisen und man wird das also auch für anderweitig begründete Ermüdungszustände, Akklimatisationserscheinungen, Veränderungen in der Sauerstoffzufuhr u. a. m. weiter verwenden können. Besonders ist hier auch an die Störungen der Herz- und Lungenfunktion zu denken.

In der ganzen Frage der Einwirkung des Klimas spielt der Einfluß des Landschaftscharakters eine große Rolle. Der Arzt, der die klimatischen Faktoren psychophysisch vernünftig ausnutzen will, muß also

auch über die Art, wie der Landschaftscharakter seelisch sich geltend macht, einigermaßen klar sein.

Unter Landschaft verstehen wir nach Hellpach (101), dessen ausgezeichneter Darstellung wir hier im wesentlichen folgen, den sinnlichen Gesamteindruck, der von einem Stück Erdoberfläche und dem dazu gehörigen Abschnitt des Himmelsgewölbes in uns erweckt wird. Außer den optischen Eindrücken kommen in Betracht Töne und Geräusche, Düfte und Gerüche und eine außerordentlich große Summe von Affizierungen der Berührungs-, Temperatur- und Schmerzempfindlichkeit.

Zu den Landschaftselementen, also den elementaren Sinneswahrnehmungen, die den Gesamteindruck der Landschaft seelisch konstituieren, gehören zunächst die Farben der Landschaft. Der beruhigende Eindruck von blau und grün, ebenso der erregende von rot und gelb und der des Glanzes und Schimmers treten darin deutlich zutage. Kinder, Ungebildete und primitive Völker erregen sich bekanntlich bis zu lauten Freudeausbrüchen am Roten, Bunten und Glänzenden.

Die Formen der Landschaft wirken auf das Gemüt weniger stark als die Farben. Doch gewinnt die Form an selbständiger Gefühlswirksamkeit, indem sie bewegt wird. Wie Hellpach mit Recht sagt, ist die Gefühlswirkung der landschaftlichen Bewegtheit viel elementarer als die der ruhenden Formen, „die das Gemüt vielfach erst auf dem intellektuellen Umwege der Ähnlichkeit mit menschlicher Gestaltseigentümlichkeit affizieren."

Die Wirkung der Formart wird von den Ausmaßen der Form stark bedingt. Die großen Dimensionen der Landschaftsform haben eine Art von seelisch lähmenden Einfluß, ob nun der Effekt mit Lust im Sinne der Beruhigung oder mit Unlust als Bedrückung, Bangigkeit, Beklommenheit erlebt wird. Letzteres ist ja so häufig in Gebirgstälern bei Bewohnern der Ebene der Fall. „Auch dort, wo andere elementare Eigenschaften der Landschaft anregend sich geltend machen, wie Farbe oder formale Kompliziertheit, drängt die lähmende Effektkomponente sich um so stärker hervor, je stärker die Dimensionalität als wirksamer Faktor auftritt. Es entsteht dann jener Widerstreit der Gemütszustände, jenes seelische Gemisch von Erregung und Lähmung, das als bange Erregung, bedrückte Aufgeregtheit, beklommene Unruhe sich geltend macht, und das wir als die Wirkung zeitig formal verwickelter und dimensional riesiger Landschaftsszenerien häufig beobachten: als Wirkung z. B. des stürmisch bewegten Meeres oder einer wilden Alpenszenerie."

Die seelische Wirkung der bewegten Landschaftsbestandteile hat bald mehr den Charakter der Lähmung und Beruhigung, und zwar je gleichmäßiger es in bezug auf Richtung und Schnelligkeit die Bewegung ist oder mehr den Charakter der Erregung, je ungleichmäßiger in beiden Beziehungen die Bewegung auftritt. Wesentlich erregend ist z. B. das Durch-

einander des Sturmes im Meere, wogegen der gleichmäßige Lauf eines Flusses, gleichmäßiges Regnen oder Schneien beruhigend, ermüdend bis zum Einschläfern wirken kann. Der Anblick eines gleichmäßigen Schneefalls macht schon auf Kinder einen typischen Eindruck. Sie können bekanntlich ungewöhnlich lange still zusehen. Sobald die Bewegung der Schneeflocken unregelmäßig wird, sie zu „tanzen" anfangen, so entstehen erregte Freudenausbrüche. Das Schneien wird in diesem Fall als „lustig" empfunden. Die beruhigende Wirkung gleichmäßiger Bewegung tritt aber auch nur dann ein, wenn eine mittlere Geschwindigkeit nicht überschritten wird. Ist letzteres der Fall, so zeigt sich ein erregender Einfluß.

Gleichförmige und länger dauernde Geräusche, wie das Rauschen des Regens, das Heulen des Windes, Rauschen eines Baches, Zirpen von Heimchen, Gehen eines Mühlrades verleihen vor allem auch der dunklen Landschaft sofort etwas Heimliches, Beruhigendes, das bis zu einer Art von Einschläferung gehen kann.

Die Gerüche wirken, wenn sie auch, ihrem Charakter entsprechend, häufig unklar und sprachlich schwer faßbar sind, doch sinnlich in der Landschaft häufig besonders stark. Für den Städter zumal sind sie ein besonders lebhaft hervortretender Teil des Landschaftsganzen, so daß ihn Waldduft, Wiesenduft, Heuduft an sich schon in eine heitere Stimmung versetzen kann. Die landschaftliche Erregung der Hautsinne läßt sich von der metreologisch-klimatischen Wirkung am wenigsten scharf trennen und geht in diese über.

Sehr wichtig ist, daß die Stimmungsfärbung eines Landschaftseindruckes einer bestimmten Stimmung, die durch irgend welche besondere Lebenserfahrung erzeugt ist, sehr ähnlich sein kann. In diesem Falle werden wir im Landschaftseindruck gleichsam „einen Spiegel unseres Seelenzustandes erleben; die Landschaft klingt mit unserem Inneren zusammen". Wir verlegen unsere Stimmungen, Gefühle, Vorstellungen in die Landschaft hinein, machen aus ihrer Erscheinungsform eine Art Symbol für die Vorgänge in uns. Eine herbstliche Landschaft erscheint uns etwa als Sterben der Natur. Man vergleiche z. B. Nietzsches wunderbares Gedicht:

Dies ist der Herbst, der — bricht dir noch das Herz!
Was ward die Welt so welk!
Auf müdgespannten Fäden spielt
Der Wind sein Lied.
Die Hoffnung floh
Er klagt ihr nach.

Umgekehrt symbolisiert der Frühling das Erwachen neuen Lebens in uns; die strahlende Sommerlandschaft fließt uns zusammen mit dem Gefühl lustvoller Leistungsfähigkeit usw. An diese Symbolismen anzuknüpfen ist eine dankbare Aufgabe des Arztes, wenn er dem Patienten die Wir-

kungen von klimatischen und landschaftlichen Einflüssen zeigen, ihm Anleitung zu ihrer Benutzung als Heilfaktor geben will.

Diese symbolisierende Art der Verwendung der Landschaft geht aber häufig noch tiefer, wie allerdings erst aus dem Kapitel über Psychoanalyse klarer sich zeigen wird. Es gibt nämlich eine Herstellung assoziativer Beziehungen zwischen Art und Form der Landschaft und unbewußten seelischen Vorgängen. Am besten werden wir das an einem Beispiel klarmachen: Eine sehr sensible Patientin versicherte mir, daß sie beim Anblick des Herannahens starker Wellen, als sie einst an der Nordsee weilte, ein Gefühl höchster, aber lustvoller Angst, Beklemmung und Atemsperre mit einer Sehnsucht, laut zu schreien, gehabt habe. Es sei ihr erst bei dieser Gelegenheit wieder eine dunkle Erinnerung daran gekommen, daß sie auch einmal sonst im Leben, und zwar bei der Annäherung eines Mannes, ähnliche Gefühle gehabt habe. Sie identifiziert also ein Stück Landschaftserleben mit einem Stück zunächst unbewußter Erinnerung, und zwar ist ihr das letztere eigentlich erst dadurch klar geworden, daß das Landschaftserleben die Erinnerungselemente deutlich hervortreten ließ. In den Träumen wie auch sonst können wir unzählige Male beobachten, wie in den Teilen einer Landschaft die Teile des menschlichen Körpers symbolisch dargestellt werden. So sind die Berge Symbole für Erhebungen im Körper, die Täler und Schluchten für Vertiefungen und Höhlen desselben. Wenn diese Art von Symbolisierungen auch im allgemeinen unbewußt bleibt und höchstens gelegentlich zutage tritt, so schwingt sie doch in die ganze Auffassung der Landschaft zweifellos häufig stark mit hinein. Der Arzt, der davon keine Ahnung hat, kann begreiflicherweise oft durchaus nicht verstehen, warum eine bestimmte Landschaft für einen Patienten trotz äußerer günstiger Verhältnisse nicht zuträglich ist. Umgekehrt werden wir, wenn wir alle diese Dinge einigermaßen bei der Wahl von Aufenthaltsorten, namentlich für sensiblere Patienten, berücksichtigen, manchmal mit einem kleinen Hinweis darauf, mit einem kurzen, die Symbolisierungstendenzen anregenden Wort einer Landschaft eine Bedeutung und Wirkung geben können, die sie sonst nie gehabt hätte.

Mit obigen Ausführungen berühren wir ein Gebiet, das auch sonst bei der Verwendung sowohl physikalischer wie chemischer Mittel und Maßnahmen eine Rolle spielt: die Verwendung bzw. Auffassung dieser Mittel als Symbole, d. h. als sinnbildlicher Darstellungsmittel. Wenn z. B. ein Patient, nachdem ich mit ihm die Bedeutung seiner Bindung an die Mutter besprochen hatte, und nachdem er selber eine Reihe von Mitteilungen darüber gemacht hatte, wie oft er sich wünschte, wieder geborgen bei der Mutter oder womöglich in der Muter zu liegen, plötzlich den sonst durch nichts begründeten Drang bekommt, sich eine Badeeinrichtung unter großen Kosten anzuschaffen, sich dann in das Badezimmer einschließt und stunden-

lang im warmen Bad ruhig und träumend liegt, so ist darin zweifellos ein symbolischer Ausdruck des Wunsches, der vorher mit ihm besprochen wurde, wohl geborgen im warmen Schoß der Mutter zu liegen, enthalten. Oder wenn eine Patientin erklärt, sie lege sich so gern unter eine blaue Glühlichtbirne, weil das so schön den Eindruck in ihr hervorrufe, als ob sie als Kind im elterlichen Garten im lachenden Sonnenschein liege, so ist auch hier die aufheiternde Wirkung lediglich der Symbolverwendung der Prozedur zuzuschreiben. Man kann auch häufig bezüglich der Wirkung von Medikamenten Äußerungen von Patienten hören, die diesen Symbolcharakter deutlich an der Stirne tragen. Demnach wird man gut tun, auch mit dieser Tatsache zu rechnen und sie gelegentlich in den Kreis der therapeutisch beabsichtigten Wirkungen mit hineinzuziehen. Es steckt hier zweifellos, zum mindesten in der Auffassung der Medikamente und physikalischen Prozeduren seitens der Laien, aber auch nicht ganz selten seitens der Ärzte, etwas von jener Erinnerung an Zauberformeln und Hinneigung zur Magie, die ja gerade in neuerer Zeit wieder in besonders auffallendem Maße in allerlei Erscheinungen sich zeigt, und es ist deshalb eine Art von Kulturaufgabe, solche Tendenzen den Kranken in ihrem Wesenskern aufzuzeigen und sie dadurch bewußt verarbeiten zu lehren.

d) Reizerinnerungs- und Reizassoziationsmethode.

Im obigen war im wesentlichen von der Benutzung adäquater Reize die Rede. Damit sollte gesagt sein, daß dabei Reize in Frage kommen, deren primär-psychische Wirkung in derselben Richtung verläuft, wie die beabsichtigte kompliziertere Beeinflussung, so daß also die letztere den Reiz in der von ihm bereits eingeschlagenen Richtung einfach verstärkt. Nun gibt es aber eine andere Art des Vorgehens, wobei das Verhältnis zwischen den durch den Reiz hervorgerufenen Empfindungen, Strebungen und Gefühlen und dem sonstigen Bewußtseinsinhalt ein anderer ist. Es werden nämlich durch den Reiz zwischen ihm und bestimmten Vorstellungs- und Gefühlsreihen Assoziationen der Art gebildet, daß der Reiz für das betreffende Individuum eine Art von Signal zum Auftauchen oder zum Festhalten dieser komplizierteren psychischen Gebilde wird. Dabei weisen wir wieder auf den ausgesprochenen Anschauungshunger des Menschen hin. Das Wort als solches genügt für viele Fälle in der Psychotherapie, namentlich auch für die ungebildeten Stände einfach deshalb nicht, weil der Kranke keine Anschauung damit verbinden kann und weil er keine Vorstellung von der Wirkungsweise des Wortes hat. Diesem Hunger nach Anschauung kommen wir mit der Anwendung physikalischer und chemischer Mittel entgegen, und auch das ist eine Tatsache, die von der Suggestion im strengen Sinne durchaus getrennt werden muß, wenn sie auch nicht oder selten ohne sie vorkommen wird. Es handelt sich also um die Verwendung des Bedürfnisses der Kranken, die Aufklärung des Arztes, seine

Ratschläge, seine Ermahnungen mit einer Anzahl anderer Eindrücke so anschaulich und so häufig zu verbinden, daß, wenn die letzteren wiederholt werden, die ersteren auch immer wieder zugleich damit auftauchen, und zwar in einer Form — hier kommt der suggestive Faktor herein —, deren Wirksamkeit dem Patienten an sich schon einigermaßen plausibel ist. Die betreffenden Reize wirken demnach, von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, vor allem als Erinnerungs- und Verdeutlichungsmittel. Es tauchen also z. B. bei einer hydrotherapeutischen Kur mit der Anwendung der entsprechenden Prozedur auch die an sich plausible und daher festhaftende Aufklärung des Arztes über die Art der Erkrankung bzw. den Sinn der Behandlung und damit auch die entsprechenden Empfindungen der Beruhigung usw. wieder auf. Sind die entsprechenden Prozeduren stark lust- oder unlustbetonter Natur, so kommt noch eine affektive Komponente mit herein, die sich teils als Verstärkung der Erinnerung, teils als Grundlage zur weiteren Anknüpfung gefühlsmäßiger Beeinflussung mit Vorteil verwerten läßt. Um diese Methodik von der nur suggestiven zu unterscheiden, habe ich (216) vorgeschlagen, sie als Reizerinnerungsmethode zu bezeichnen.

Ist bei dieser Art von Behandlung zwischen Reiz und Reizfolge (Erinnerung an den Reiz und damit verknüpfter Erinnerung an die sonstige Einwirkung des Arztes) ein gewisser, wenn auch nicht immer klar bewußter unmittelbarer Zusammenhang, eine Anzahl von Gedankenbeziehungen — die eben auch die rein suggestive Wirkung dabei noch zur Geltung kommen lassen — vorhanden, so fällt das bei dem Vorgehen, das ich der Kürze halber Reizassoziationsmethode nennen möchte, weg. Im letzteren Falle handelt es sich um eine sozusagen rein mechanische Einübung an sich einander ganz heterogener, in keinerlei notwendiger gedanklicher Beziehung stehender Faktoren. Die Versuche von Pawlow und seinen Nachfolgern haben bekanntlich gezeigt, daß es gelingt, durch bestimmte Reize, die häufig und unter bestimmten Umständen wiederholt werden, zwischen diesen Reizen und irgend welchen körperlichen oder psychischen Funktionen hinreichend feste Assoziationen herzustellen, um schließlich diese Funktionen selbst dadurch mit Sicherheit hervorzurufen (bedingte Reflexe). Es gelingt so, Funktionen durch Reize auszulösen, die mit diesen Funktionen ursprünglich in gar keiner Beziehung stehen. In dem erwähnten Falle Bogens gelang es z. B., bei einem zweijährigen Kinde durch einen bestimmten Klang einer Trompete Magensaftsekretion herbeizuführen. Es scheint mir, daß auch diese Tatsachen, die an sich mit Suggestion im strengen Sinne wiederum gar nichts zu tun haben, bisher für die Psychotherapie noch nicht systematisch ausgenutzt worden sind. Morton Prince ist nach meiner Kenntnis der Literatur einer der wenigen, die diesen Gedanken einigermaßen deutlich herausgearbeitet haben; ich selbst habe mich schon seit langem mit Vorteil eines solchen Vorgehens bedient.

Die Verwertung obiger Methoden wird meines Erachtens nicht nur direkt in vielen Fällen von Nutzen sein (dafür könnte ich reichlich Belege beibringen), sondern ihre stärkere Heranziehung bietet noch einen anderen Vorteil: es wird dadurch die Möglichkeit gegeben, der Behandlung mittels Medikamenten und Apparaten eine auch für den Kranken einleuchtende rationelle Grundlage zu geben. Die Sacrificia intellectus, die man früher bald vom Arzt, bald vom Patienten bei der Anwendung sogenannter „Suggestivmittel" zu fordern wähnte, fallen weg, sobald der erstere dem letzteren eine vernünftige Begründung seines Vorgehens geben kann. Daß daneben Suggestivwirkungen im eigentlichen Sinne immer sehr ausgiebig vorkommen und bewußt oder unbewußt verwendet werden, ist klar. Aber es ist pädagogisch nicht dasselbe, ob ich einfach Glauben verlange bzw. erzwinge, oder ob ich Glauben durch Gründe hervorrufe. Insofern also wird dem in dieser Hinsicht berechtigten Verlangen der „rationalen Psychotherapeuten", daß man keine „mystischen" Mittel anwenden solle, durch das oben angegebene Vorgehen entsprochen und der „Suggestivtherapie" dadurch das Odium einer „Behandlung durch Täuschung", wovon Dubois fälschlicherweise spricht, auch in den Augen derer genommen, die bisher kein Verständnis für diese Therapie hatten. Vielleicht darf man sogar hoffen, auf diese Weise allmählich den Begriff der Suggestion im früheren Sinne immer mehr verschwinden zu sehen. Es geht eben hier wie in anderen Gebieten der Wissenschaft: mit der Zunahme unserer Erkenntnisse nimmt der Umfang früherer, weitumfassender Begriffe ab, und diese lösen sich in eine Summe klarer umrissener, aber engerer Begriffe auf.

2. Von der psychischen Seite aus angreifende Methoden.

A. Hypnose.

Man kann die Hypnose definieren als einen Zustand, in dem die Versuchsperson sich in einer veränderten seelischen Konstellation derart befindet, daß sie in erhöhtem Maße den ihr vom Arzt gegebenen Vorstellungs- und Gedankenreihen infolge einer Einengung des Bewußtseins zugänglich, mit anderen Worten beeinflußbarer ist als unter gewöhnlichen Verhältnissen. Hervorgerufen wird dieser Zustand dadurch, daß auf irgend eine Weise die Vorstellung des Einschlafens bzw. Schlafens in intensiver Art erzeugt wird, und daß die Reize der Außenwelt wenigstens bis zu einem gewissen Grade ausgeschaltet werden. Es gibt verschiedene Tiefengrade der Hypnose. Sie gehen vom einfachen Gefühl leichter Müdigkeit mit völliger Erinnerungsfähigkeit an alles während der Hypnose Geschehene bis zum tiefen Schlaf mit völliger Erinnerungslosigkeit. Forel hat bekanntlich drei Stadien unterschieden: 1. Somnolenz. Der Hypnotisierte kann dabei nur mit einer gewissen Anstrengung Suggestionen widerstehen und

hat nur ein leichtes Gefühl der Müdigkeit und Schlaffheit. 2. Hypotaxie. Dabei sind die Augen fest geschlossen, können spontan nicht mehr geöffnet werden. Der Hypnotisierte hat das Gefühl der Unmöglichkeit, Suggestionen zu widerstehen. 3. Somnambulismus. Erinnerungsfähigkeit nach dem Erwachen und Verwirklichung posthypnotischer Suggestionen. Es ist nun aber keineswegs so, daß sich etwa völlige Amnesie mit Gelingen posthypnotischer Erscheinungen verbinden müßte, oder fester Augenschluß etwa gleichzeitig besonders leichtes Gelingen von Suggestionen garantierte, sondern es können diese verschiedenen Symptome der Hypnose sich in der verschiedenartigsten Weise miteinander verbinden. Auch ist vor allem darauf hinzuweisen, daß im allgemeinen für therapeutische Zwecke ein sehr tiefer Grad der Hypnose durchaus nicht nötig ist, sondern daß für die Mehrzahl ganz leichte Grade ausreichen. Für eine Anzahl von Fällen freilich müssen tiefe Hypnosen herangezogen werden.

Erscheinungen der tiefen Hypnose.

Wir wollen annehmen, wir hätten einen in tiefer Hypnose befindlichen Menschen vor uns, und es ließen sich bei ihm alle Erscheinungen der Hypnose auslösen, ein selbstverständlich nur theoretisch denkbarer Fall.

Motilität. Der Hypnotisierte liegt mit nach oben gedrehten Augäpfeln und geschlossenen Augenlidern da. An letzteren sieht man ein entweder dauerndes oder zeitweise auftretendes Zwinkern. Die Muskulatur ist vollkommen schlaff, Atmung und Puls gehen etwas langsamer als normal. Bei der Suggestion: „Ihre Arme werden steif", tritt die Steifigkeit in diesen Teilen sofort ein und bleibt solange bestehen, bis die Gegensuggestion der Erschlaffung gegeben wird: sogenannte suggestive Katalepsie. Mit ihr hängt die Flexibilitas cerea zusammen, die darin besteht, daß der Hypnotisierte jede Haltung, die man seinen Gliedern erteilt, wie eine Gliederpuppe längere Zeit beibehält. Gebe ich nunmehr die Suggestion, daß die Augen oder Beine irgend eine Bewegung dauernd ausführen, die Daumen der beiden Hände oder die Hände selbst sich dauernd umeinander drehen, so wird diese Bewegung beliebig lange fortgesetzt bis zur entsprechenden Gegensuggestion: Automatismus.

Lähmungen werden auf demselben Wege in jeder beliebigen Muskelgruppe erzeugt.

Sensibilität. Wenn die Versuchsperson mit einer Nadel gestochen und zugleich erklärt wird, daß sie nichts als eine einfache Berührung wahrnehmen werde, so entsteht eine vollkommene Empfindungslosigkeit. Auf der anderen Seite läßt sich durch Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf gewisse feinste Empfindungen des Berührungs-, Schmerz- und Temperatursinns ebenso eine Steigerung wie vorher eine Aufhebung erzielen. Auch für die übrigen Sinnesorgane: Gehör, Auge, Geruch, gilt dasselbe. Dabei ist es möglich, die auf einem bestimmten Sinnesgebiet suggerierte Empfin-

dungslosigkeit mit einer Fähigkeit, nur das vom Hypnotisierten Suggerierte zu empfinden, so zu verbinden, daß z. B. der Suggestivtaube zwar keinen sonstigen Gehörseindruck wahrnimmt, wohl aber die Worte des Hypnotisierenden befolgt. Die frühere Annahme, daß alle solche Veränderungen auf motorischem und sensiblem Gebiete auch spontan eintreten könnten, wie dies namentlich von der Charkotschen Schule behauptet wurde, trifft nicht zu; vielmehr handelt es sich in solchen Fällen immer um irgend welche, wenn auch unbewußt gegebene Suggestionen.

Vegetative Funktionen. Während bis vor kurzer Zeit als ausgemacht galt, daß eine direkte Beeinflussung der Herztätigkeit und der Atmung durch Suggestion in der Hypnose nicht möglich sei, haben neuere Untersuchungen bewiesen, daß dies doch der Fall ist. Dabei war interessant, zu sehen, daß bei pathologisch gesteigerter Herztätigkeit die Zahl der Pulsschläge in der Hypnose sich nicht über eine Grenze vermindern ließ, die dem vorherigen Verhältnis zum normalen Puls entsprach. Betreffs der Atmung ist von einwandfreien Beobachtern festgestellt worden, daß diese weitgehende Einschränkungen in der Zahl der Atemzüge bis zu fast vollständigem Atemstillstand erzielen konnten. Was die Einwirkung auf die Temperatur betrifft, so ist sicher, daß es Fälle gibt, wo weitgehende Steigerungen wie auch Herabsetzungen der Temperatur möglich sind. Ich selbst habe einen Fall von Temperatursteigerung rein psychisch bedingter Art, der sich an einen Paratyphus angeschlossen hatte, beobachtet (vgl. oben S. 67), wo es mir gelang, auf hypnotischem Wege die auf 39,3 angestiegene Temperatur innerhalb von wenigen Minuten auf 38,0 und eine Stunde nach der Hypnose auf 37,2 herabzusetzen. Die Messung erfolgte natürlich durch mich selbst.

Noch viel deutlicher als auf dem direkten Wege lassen sich diese vegetativen Funktionen auf dem indirekten beeinflussen, d. h. durch Erregung von Gefühlen und Affekten, indem man z. B. dem Hypnotisierten die Vorstellung, daß er sich in irgend einer Gefahr befinde und fliehen müsse, suggeriert oder sonstige Traumbilder erzeugt.

Daß die sekretorischen Vorgänge in der Hypnose ebenfalls direkt und vor allem indirekt stark beeinflußbar sind, ist sicher und von mir speziell bei der Schweißsekretion, der Milchsekretion und der Harnsekretion nachgewiesen.

Die Tatsache der Beeinflussung der Magensaftsekretion ist neuerdings auf Grund experimenteller Untersuchungen von Heyer u. a. (vgl. oben) als feststehend erwiesen worden. Es gelang, in der Hypnose nicht nur Vermehrung oder Verminderung von Magensaft zu erzielen, sondern auch eine Veränderung der chemischen Zusammensetzung, je nachdem Kohlenhydrate, Fette oder Eiweiß gereicht wurden. Es kann auch keinem Zweifel mehr unterliegen, daß eine tiefere Beeinflussung des Stoffwechsels auf diesem Wege möglich sein muß, wenn auch experimentelle

Untersuchungen darüber zur Zeit noch nicht vorliegen. Eine klinische Beobachtung dieser Art habe ich a. a. O. mitgeteilt.

Ein Kranker mit Zuckerausscheidungen von 2,5—3%, der dauernd unter starkem seelischen Druck stand (er war Leiter eines Knabeninstituts und hatte in jener Zeit entdeckt, daß einer seiner Lehrer homosexuelle Angriffe auf seine Schüler machte, ohne daß er ihm zunächst direkt beikommen konnte), verlor diese Symptome vollständig, als ich ihm eines Tages in der Hypnose die Suggestion gegeben hatte, daß er sich über den betreffenden Menschen nicht mehr erregen könnte. Zur Kontrolle wurde das Experiment dann in der Weise wiederholt, daß ihm, ebenfalls in der Hypnose, gesagt wurde, er würde sich am Tag darauf wieder erregen. Darauf sofortige Ausscheidung von 2½% Zucker. Dieser Versuch wurde im ganzen viermal, und zwar immer mit demselben Erfolg, also Verschwinden und Wiederauftreten der Zuckerausscheidung, wiederholt. Der Kranke ist nachher mehrere Jahre in meiner weiteren Beobachtung geblieben, und der Zucker war dauernd verschwunden.

Die Haut- und Sehnenreflexe scheinen im wesentlichen in der Hypnose unbeeinflußbar zu sein, wenn auch einige Beobachter über Veränderungen, namentlich im Sinne der Abschwächung der Reflexe in tiefer Hypnose, berichten. Dagegen ist die unwillkürliche Muskulatur, vor allem also die Darm- und Magenmotilität, sehr stark zu verändern und zwar so sehr, daß man nicht nur den Stuhlgang auf eine bestimmte Zeit bestellen kann, sondern daß es in einzelnen Fällen sogar gelungen ist, die Wirkung von Abführmitteln auf diesem Wege vollkommen aufzuheben. Daß es auf suggestive Weise möglich ist, Husten, Erbrechen, Gähnen, Nießen und Erektionen hervorzurufen oder verschwinden zu lassen, kann als ausgemacht gelten, wobei im einzelnen Falle allerdings oft schwer zu entscheiden ist, ob es sich um direkte oder indirekte, d. h. durch Hervorrufung von Affekten entstandene Wirkungen handelt. Im allgemeinen ist die letztere Wirkungsart jedenfalls die rascher und leichter zu bewerkstelligende. Die suggestive Hervorrufung bzw. Regelung der Menstruation ist von Delius, Kohnstamm, mir u. a. unzweifelhaft nachgewiesen worden. Daß es möglich ist, vasomotorische, exsudative Vorgänge in der Haut von einfacher Rötung bis zur Blasenbildung hypnotisch zu erzeugen, läßt sich nach den neuesten Untersuchungen nicht mehr bestreiten, wenn auch naturgemäß gerade bei diesen Experimenten in der Beurteilung äußerste Vorsicht am Platze ist (F. Heller, Kreibich, I. H. Schultz, Kohnstamm, Hecker u. a.).

Gewisse psychische Veränderungen, die Einengung des Bewußtseins bzw. Veränderung der Apperzeptionstätigkeit und ebenso die Amnesie nach der Hypnose, sind spontane psychische Erscheinungen. Die Amnesie für das in der Hypnose Erlebte pflegt dabei nur im Wachzustande vorhanden zu sein, während sie in einer erneuten Hypnose völlig aufgehoben sein kann. Die sogenannte Hypermnesie, d. h. die Möglichkeit einer Erweiterung des Gedächtnisses in dem Sinne, daß im Wachzustande nicht

mehr zu erinnernde Dinge in der Hypnose wieder erinnert werden können, ist eine unbezweifelbare Tatsache, auf der sich ja im Grunde genommen die ganze weitere Entwicklung der Psychotherapie aufgebaut hat. Eine mehr theoretische Frage ist dabei die, ob es sich in diesem Falle um eine wirkliche Mehrleistung oder nur um Ausschaltung von Hemmungen handelt, die im Wachzustand die Erinnerungen nicht auftauchen lassen. Praktisch ist diese Frage bedeutungslos, soviel theoretisches Interesse sich auch an sie knüpfen mag. Wichtig für die Analyse des Seelenlebens kann es sein, daß die Träume des nächtlichen Schlafes in der Hypnose auch wieder häufig reproduziert werden können, während im Wachen Erinnerungslosigkeit dafür besteht. Bedeutsam für unsere Zwecke ist auch die weitere Möglichkeit, durch Suggestion falsche Erinnerungsbilder zu erzeugen (Paramnesie) oder Erinnerungsbilder aus dem wachen Leben zum Verschwinden zu bringen. Da diese Suggestionen eine Art rückwirkende Kraft haben, werden sie retroaktive Suggestionen, oder wenn es sich um vermeintliche Sinneswahrnehmungen handelt, retroaktive Halluzinationen genannt. Man unterscheidet positive und negative, je nachdem ein neues Erinnerungsbild hervorgerufen oder ein altes ausgelöscht wird. So gut es möglich ist, größere Erinnerungsgruppen ausfallen zu lassen, kann man auch die Erinnerung für einzelne Muskelbewegungen schwinden lassen, z. B. für das Aussprechen bestimmter Buchstaben, Silben oder Worte. Aphasieerscheinungen kompliziertester Art lassen sich auf diese Weise künstlich hervorrufen, eine Tatsache, die in der auf organische Fälle bezüglichen Aphasielehre meines Erachtens viel zu wenig berücksichtigt wird. Ich selbst habe einen interessanten Fall von Erinnerungsstörungen nach Strangulation beobachtet, wo es gelang, die Erinnerungslücken, trotzdem es sich um scheinbar organische, d. h. durch die Strangulation bedingte Störungen handelte, allmählich in der Hypnose vollständig wieder auszufüllen.

Was die intellektuellen Leistungen in der Hypnose betrifft, so stehen sie natürlich stark unter der Wirkung irgend welcher absichtlich oder unabsichtlich gegebener Suggestionen; aber eine rein intellektuelle Mehrleistung gegenüber dem Wachzustand im eigentlichen Sinne des Wortes ist bisher nicht nachgewiesen. Dagegen sind tatsächlich verbesserte Leistungen möglich vermittels der in der Hypnose gegebenen konzentrierten Aufmerksamkeit infolge Wegfalls äußerer Reize und Hinleitung der gesamten psychischen Energie auf bestimmte Teilgebiete. Die Beobachtungen kürzerer Reaktionszeit bei psychologischen Versuchen dürfte sich ebenfalls auf diesem Wege erklären lassen. Wie weit die Verbesserung der Leistungen unter dem Einfluß der Einengung des Bewußtseins gehen kann, hat Ach experimentell nachgewiesen: es ergab sich eine Steigerung der Arbeitsleistung um fast ein Fünftel der normalen. Die Urteilsfähigkeit ist auch in der Somnambulhypnose, sofern sie nicht suggestiv beeinflußt ist,

allgemein nicht verändert, läßt sich aber bei entsprechender Einwirkung selbstverständlich aufs allerstärkste beeinflussen. Es genügt schon durch leichte Nuancierung im Ton die bestimmte gewünschte Vorstellung im Hypnotisierten entstehen lassen und das Urteil vollkommen zu fälschen.

Das Gefühls- und Affektleben ist bei dem Hypnotisierten ohne suggestive Beeinflussung nicht anders als in der Norm, läßt sich aber ganz besonders stark und tiefgehend beeinflussen. Vor allem unterliegen auch die Triebregungen dem Einfluß der Suggestionen im allerausgedehntesten Maße. Wie weit dies mit der Willenstätigkeit möglich ist, diese Frage erscheint deswegen von besonderer Wichtigkeit, weil einer der Haupteinwände gegen die Hypnose die immer wieder gehörte Behauptung ist, man mache den Menschen dabei zum „willenlosen Werkzeug" in der Hand des Hypnotiseurs. Diese Ansicht ist sowohl in der Laien- wie auch in der Ärztewelt bekanntlich so verbreitet, daß sie der vernünftigen Verwendung der Hypnose lange Zeit die allerschwersten Hindernisse in den Weg gelegt hat. Äußere Willenshandlungen lassen sich allerdings, wie aus dem Bisherigen schon hervorgeht, soweit es sich um ethisch oder ästhetisch gleichgültige Dinge handelt, wie Bewegungen der Arme oder Beine, Lähmungszustände, kataleptische Starre usw., in beliebigem Grade durch Suggestionen erzeugen oder aufheben. Ganz anders ist es mit der Beeinflussung der sogenannten inneren Willenstätigkeit, d. h. der ethischen und ästhetischen Werturteile, deren Überwiegen nach der einen oder anderen Seite die eine oder andere Handlung oder Unterlassung, den einen oder anderen Entschluß hervorbringt. Da kann man im allgemeinen den Satz aufstellen: In der weitaus größten Zahl der Fälle werden Suggestionen nur dann realisiert, wenn sie mit dem Charakter und der ganzen Naturanlage des Hypnotisierten nicht stark im Widerspruch stehen. Da die zur Hypnose kommenden Kranken außerdem meistens empfindsame Menschen sind, so pflegen sie in dieser Hinsicht noch leichter auf moralisch oder ästhetisch Ungewöhnliches zu reagieren als ganz gesunde Menschen. Dementsprechend ist es mir sehr oft begegnet, daß schon auf ganz gleichgültige Suggestionen, die aber in dem Hypnotisierten die Angst vor irgend welcher Preisgabe von Geheimnissen oder Verminderung seiner moralischen Qualitäten erweckten, der Wunsch, aufgeweckt zu werden, auftrat, oder aber ein spontanes Erwachen erfolgte, d. h. also die selbständige „Willenstätigkeit" sich deutlich zeigte. Noch viel mehr gilt diese Unmöglichkeit, ethisch oder ästhetisch stark verändernde Suggestionen anzunehmen, sobald es sich um Suggerierung wirklich krimineller oder eigentlich unsittlicher Handlungen handelt. Was aus der Literatur darüber bekannt ist, zeigt deutlich genug, daß bei allen normal willensfähigen Menschen solche Suggestionen stärksten Widerstand finden, und daß also die sogenannte Willenlosigkeit des tief Hypnotisierten in der Regel auch nicht annähernd so weit geht,

wie man im Publikum, aber leider oft auch in Ärztekreisen glaubt (vgl. Liébault, Liégeois, Moll, Forel u. a.). Bei den Fällen, die manchmal in der Presse auftauchen, handelt es sich so gut wie immer um ohnedies schwer degenerierte und auch im Wachzustand abnorm suggestiv beeinflußbare Menschen, die auch ohne Hypnose bei geschickter Beeinflussung schließlich zu allem zu haben wären. Daß in diesen Fällen ein Mißbrauch möglich ist, muß freilich zugegeben werden. Man kann daraus aber keinen Einwand gegen die Hypnose ableiten, sondern wird höchstens die Forderung erheben müssen, daß sie nur von einwandfreien Personen gehandhabt werden darf. Solange es möglich ist, daß jeder Ungebildete die Hypnose als „Gewerbe" ausüben kann, braucht man sich nicht zu wundern, wenn Fälle von Mißbrauch durch Laien relativ häufig sind. Es ist durchaus nicht einzusehen, warum die Hypnose in dieser Hinsicht anders beurteilt wird als die Narkose, die man doch ebenfalls nicht jedem Ungebildeten überläßt. Im übrigen ist bei den leichten Formen der Hypnose, die ja, wie erwähnt, für die Mehrzahl der Behandlungsfälle allein notwendig ist, dieses ganze Problem überhaupt nicht in Betracht zu ziehen, weil bei diesen Formen von einer Beschränkung des Willens sicher nicht gesprochen werden kann: der Kranke kann ja in diesen Fällen jede Suggestion kontrollieren und empfängt nur Suggestionen, die seinen Heilungswünschen entsprechen.

Erscheinungen der oberflächlichen Hypnose.

Man hat sich lange darüber gestritten, ob die oberflächliche Hypnose im Prinzip etwas anderes sei als die tiefe. Besonders Hirschlaff vertrat den Standpunkt, daß oberflächliche hypnotische Zustände nicht eigentlich zur Hypnose zu rechnen seien. Auch die von O. Vogt als systematisiertes partielles Wachsein bezeichnete Erscheinung wäre demnach nicht zur Hypnose zu rechnen.

Es scheint mir unmöglich, die verschiedenen Grade der Hypnose grundsätzlich voneinander zu trennen. In der Tat spricht auch die therapeutische Verwertbarkeit der oberflächlichen Hypnose durchaus in diesem Sinne. Die Wirksamkeit der Suggestionen in den oberflächlichen Graden ist nämlich zwar nicht selten zunächst weniger ausgesprochen als in den tiefen; dagegen wird sie bei genügend langer Durchführung der Behandlung, d. h. genügend häufiger Wiederholung der Suggestion, allmählich ebenso stark, ja ihre Dauerhaftigkeit wird häufig größer als die der Suggestionen in den tiefen hypnotischen Zuständen. Da die völlige Amnesie, ferner die Möglichkeit, intra- und posthypnotische Halluzinationen hervorzurufen, fehlt, so ist die oberflächliche Hypnose natürlich für die Fälle, wo eine Amnesie erzielt werden muß, nicht verwendbar, dagegen in unzähligen anderen Fällen. Ich persönlich habe mich seit zwei Jahrzehnten fast nur der oberflächlichen Hypnose bedient, d. h. eines Zustandes, von dem der Patient

angibt, daß er ein Gefühl angenehmer Müdigkeit, Schläfrigkeit und Schwere in den Gliedern empfunden habe, daß er, entsprechend den Suggestionen, die Augen nicht mehr oder nur schwer öffnen und die Glieder nur schwer oder gar nicht mehr bewegen könne. In vielen Fällen ist es nicht einmal nötig, daß alle diese Symptome auftreten, es genügt schon, wenn der Patient einfach ein Gefühl angenehmer Ruhe und eines gewissen Behagens empfindet. Die Wirkung dieses, vom einfachen Ruhezustand sich scheinbar wenig unterscheidenden seelischen Verhaltens besteht darin, daß eine bessere Konzentration der Aufmerksamkeit, eine gewisse Einengung des Bewußtseins und damit eine größere Zugänglichkeit für Heilsuggestionen und auch für Belehrungen und Aufklärungen aller Art geschaffen wird.

Posthypnotische Erscheinungen.

Es ist für die therapeutische Verwertung der Hypnose von größter Bedeutung, ja macht sie überhaupt im Grunde erst möglich, daß Suggestionen sich nicht nur in der Hypnose, sondern auch noch längere Zeit nachher realisieren. Man kann den Zeitpunkt der Realisierung oft genau bestimmen: sogenannte Suggestion auf längere Verfallszeit (à échéance). Besteht dabei Amnesie für die in der Hypnose gegebenen Suggestionen, so erlebt der Hypnotisierte nach dem Erwachen etwas, was seinem bewußten Denken eigentlich fremd ist, eine für die Frage der sogenannten Willensfreiheit nicht unwichtige Tatsache, zu gleicher Zeit eine Erscheinung, die klarer als vieles andere dem Patienten die Bedeutung und das Wesen unbewußter Seelenvorgänge demonstrieren kann. Das Interessanteste dabei pflegt zu sein, daß die posthypnotisch ausgeführten Suggestionen meist von dem betreffenden Individuum in irgend einer Weise verstandesmäßig motiviert werden, z. B. gebe ich die Suggestion, daß fünf Minuten nach dem Erwachen aus der Hypnose in dem Hypnotisierten der Drang entstehen werde, das Fenster zu öffnen. Er weiß von dem in der Hypnose gegebenen Auftrag nach dem Erwachen nichts, wird aber nach fünf Minuten unruhig, steht auf und sagt mit entschuldigender Gebärde: „Ach nehmen Sie es mir nicht übel, es waren heute morgen schon so viele Menschen hier. Ich habe das Gefühl, daß infolgedessen die Luft hier sehr dumpf ist; darf ich das Fenster etwas öffnen?“

Zu den posthypnotischen Realisierungen von Suggestionen ist es auch zu rechnen, wenn anfänglich scheinbar ganz widerspenstige Patienten nach einer Reihe von Tagen oder Wochen plötzlich anfangen, im Sinne der Heilsuggestionen zu reagieren. Es handelt sich dabei häufig um Menschen, denen ihr falscher Stolz auf die sogenannte Willensenergie oder gewisse falsche Voraussetzungen über das Wesen der Hypnose nicht gestatteten, Suggestionen direkt anzunehmen. Diese realisieren sich also erst dann, wenn eine genügend lange Zeit verstrichen ist: die Patienten denken jetzt nicht mehr an die Möglichkeit einer Realisierung, lassen in dem inneren

Widerstand infolgedessen nach, und die Suggestionen können sich nunmehr ungestört in ihrer Wirksamkeit entfalten. Es ist bezeichnend, daß in solchen Fällen häufig (wie übrigens auch bei anderen psychischen Behandlungsmethoden) das schließliche Heilergebnis von dem Patienten häufig nicht der Hypnose, sondern irgend einer an sich ganz gleichgültigen sonstigen Einwirkung, z. B. Baldriantropfen oder ähnlichem, die in dieser Zeit irgend eine alte Tante angeraten hatte, zugeschrieben wird. Man hat also in diesem Falle die Suggestionen realisiert und dabei seinen Stolz gerettet!

Hypnotisierbarkeit.

Mit dem obigen ist bereits zum Ausdruck gebracht, daß prinzipiell jeder Mensch hypnotisierbar, d. h. in einen Zustand zu versetzen ist, in dem er Suggestionen besonders zugänglich erscheint. Anhaltspunkte dafür, wie tief jemand hypnotisierbar ist, fehlen uns zwar; dagegen wissen wir, daß bei gewissen Krankheitszuständen, namentlich bei chronischen Vergiftungen des Nervensystems durch Alkohol, Morphium, Opium, Kokain, besonders leicht tiefe Hypnosen sich erzielen lassen. Ebenso wirken begünstigend für den Eintritt der Hypnose gewisse angeborene oder erworbene Eigenschaften, z. B. eine gewisse Fügsamkeit, ein starker Glaube an mystische Einwirkungen, sowie Gewöhnung an Unterordnung und Gehorsam, oder auch eine ausgesprochene, willensmäßig gerichtete Selbsterziehung, die den Menschen instand setzt, als richtig Erkanntes, also in diesem Falle die Notwendigkeit, sich in einen hypnotischen Zustand versetzen zu lassen, auch unter allen Umständen zur Durchführung zu bringen. Häufig beobachtet habe ich auch, daß sogenannte Schicksalskranke, also Menschen, die infolge schwerer Erlebnisse krank geworden sind und das intensive Bedürfnis nach Vergessen haben, öfters mit einer merkwürdigen Schnelligkeit in eine tiefe Hypnose verfallen, gleichsam als fänden sie darin eine willkommene Lösung ihrer inneren Spannung, ein Aufhören ihrer Qual. Dasselbe gilt von solchen Kranken, die den starken Wunsch haben, irgend ein Geheimnis loszuwerden, aber über die im Wachzustand auftretenden inneren Hemmungen nicht Herr werden können und nun von der Hypnose eine Möglichkeit der Aussprache ohne die im Wachleben auftauchenden Schamgefühle erwarten. Daß nur Hysterische und Kranke mit den oben genannten chronischen Vergiftungen tief hypnotisierbar seien, wie Hirschlaff, Gumpertz u. a. behaupten, trifft jedenfalls nach meinen Erfahrungen nicht zu. Im Gegenteil findet man nicht selten Hysterische, die jedem Versuch einer Hypnose heftigen Widerstand entgegensetzen. Die Intelligenz hat mit der Möglichkeit oder Unmöglichkeit hypnotisiert zu werden, an sich nichts zu tun, wirkt aber wohl insofern mit, als Menschen mit der Fähigkeit zu wirklicher Konzentration und zu einem gewissen psychischen Entgegenkommen leichter zu hypnotisieren sind als geistig

stumpfe, sehr leicht abschweifende oder im Grunde ihres Wesens negativistische Menschen. Daß Schwachsinnige und Geisteskranke sehr schwer, oft gar nicht hypnotisierbar sind, ist bekannt. Sowohl die Behauptung, daß hypnotisierbar gleichbedeutend mit Willensschwäche sei, wie auch die andere, daß sie auf geistige Minderwertigkeit schließen lasse, ist demnach als gänzlich falsch und irreführend zu bezeichnen. Es wirkt dabei derselbe falsche Begriff von Willensstärke mit, der sich auch sonst in der Psychotherapie oft störend geltend macht, nämlich, daß willensstark sei, wer sich einem anderen nicht fügen könne. Im Gegenteil kann man behaupten, daß Menschen mit einem disziplinierten Willen leichter hypnotisierbar sind als solche, die ihren Willen immer, wie man sich auszudrücken pflegt, frei (d. h. scheinbar unabhängig) zu betätigen gewohnt sind.

Starke Gemütserregungen, z. B. großer, kurz vorher erlebter Ärger, dann auch die Furcht vor der Hypnose, die häufig gleichbedeutend mit Furcht davor ist, daß man eventuelle Geheimnisse verraten könnte, eine falsche Vorstellung über das Wesen der Hypnose usw. sind im allgemeinen bei ihrem Entstehen hinderlich. Doch kommt es auch dabei darauf an, wie der Hypnotisierende den Gemütszustand des zu Hypnotisierenden verwendet. Es ist z. B. bekannt, daß gerade die Angst vor dem Eintritt der Hypnose, wenn man den Zustand der Erregung geschickt zu benutzen versteht, gelegentlich zu ihrem schnelleren Gelingen führen kann.

Man hat früher angenommen, große allgemeine Suggestibilität falle mit leichter Hypnotisierbarkeit zusammen; das ist indessen in dieser Allgemeinheit sicher nicht der Fall. Das Alter hat ebenfalls nicht die Bedeutung, die man früher teilweise angenommen hat; allerdings sind Kinder bis zu 6 Jahren meist schwer, ältere dagegen gewöhnlich sehr leicht zu hypnotisieren, vorausgesetzt, daß man sich in den Schlafsuggestionen und dem sonstigen Vorgehen dem kindlichen Verständnis einigermaßen anzupassen weiß. Das höhere Alter ist entsprechend der größeren Kritikfähigkeit und der geringeren Zugänglichkeit für neue Eindrücke im ganzen etwas schwerer zugänglich, aber ich habe oft genug auch bei Männern bis zu 70 Jahren rasch eine Hypnose entstehen sehen. Frauen sind im ganzen leichter in tiefe Hypnose zu versetzen als Männer. Groß ist der Unterschied der Geschlechter bei entsprechendem Vorgehen übrigens nicht. Der Stolz des Mannes auf seine größere „Energie" erweist sich auch auf diesem Gebiet als illusorisch. Gelingt es im Anfang nicht, eine Hypnose zu erzielen, so darf man sich keineswegs davon abhalten lassen, weitere Versuche zu machen. Eine häufige Wiederholung des Versuchs steigert die Hypnotisierbarkeit, so hat z. B. Moll öfters selbst nach 40 vergeblichen Versuchen doch noch Hypnose erzielt. Auch Vogt u. a. berichten dasselbe.

Übrigens ist, wie bei jeder psychischen Erscheinung, auch bei der Hypnotisierbarkeit eine Schwankung beim gleichen Menschen zu ver-

schiedenen Zeiten eigentlich etwas Selbstverständliches: befindet er sich z. B. in Erregung, oder hat irgend eine Suggestion in einer vorhergehenden Hypnose bei ihm falsche Autosuggestionen erweckt, ist seine Konzentrationsfähigkeit, seine ganze Stimmungslage durch äußere Umstände beeinflußt, so wird das alles dazu beitragen, die Art und den Entstehungsmodus der Hypnose zu beeinträchtigen.

Die Frage, ob es möglich ist, einen Menschen wider seinen Willen zu hypnotisieren, die von ängstlichen Gemütern immer wieder gestellt wird, muß im allgemeinen verneint werden. Ein absichtlicher Widerstand ist dem Eintritt der Hypnose meist hinderlich, und es gelingt im allgemeinen nicht, Menschen, die sich bewußt nicht hypnotisieren lassen wollen, zwangsweise in einen auch nur oberflächlichen hypnotischen Zustand zu versetzen. Man muß bei dieser Frage bedenken, daß wer zum Arzte kommt, um sich hypnotisch behandeln zu lassen, seinen Widerstand vernunftgemäß ja bereits aufgegeben haben muß, wenn er auch unbewußt noch stark weiter bestehen mag. Für die therapeutische Hypnose kommt also obige Frage ja eigentlich nicht in Betracht. Sie hat nur eine Bedeutung für die Fälle, wo ein Mensch, ohne es zu wissen (meist zu irgend welchen verbrecherischen Zwecken), in Hypnose versetzt worden sein soll. Daß solche Fälle vorkommen, kann nicht bestritten werden, aber wie oben bereits erwähnt, handelt es sich dabei immer um Individuen, die kraft ihrer gesamten sonstigen Konstitution überhaupt abnorm leicht allen möglichen Einflüssen zugänglich sind. Die in der Romanliteratur sich breitmachende Auffassung, daß es Menschen mit einer besonderen Fähigkeit, jeden zu hypnotisieren, gebe, ist selbstverständlich eben ein Erzeugnis dichterischer Phantasie, nicht etwas in Wirklichkeit Existierendes.

Man hat über die Häufigkeit, in der sich die einzelnen Formen der Hypnose erzielen lassen, von verschiedenen Seiten Untersuchungen statistischer Art angestellt. Obwohl die Einteilung der Hypnose in Grade recht willkürlich ist, so mag immerhin eine Mitteilung über die Häufigkeit der erzielten Hypnosen hier am Platze sein, schon deshalb, weil es dem Hypnotisierenden einen gewissen Mut geben wird, wenn er die große Häufigkeit, in der maßgebende Autoren die Hypnose zu erzielen vermochten, erfährt. Liébault fand 92%, Bernheim und Forel 90%, Vogt gar 100% der Versuchspersonen hypnotisierbar. Wetterstrand hatte bei 3148 Personen nur 97 Mißerfolge. Aus einer Zusammenstellung Schrenk-Notzings geht hervor, daß unter 8705 Personen nur 6% refraktär waren, von den anderen 94% kamen 29% in Somnolenz, 49% in Hypotaxie und 15% in Somnambulismus. Van Renterghem hat Somnambulhypnose erzielen können in 11%, Liébault in 12%, Wetterstrand in 13%, Bernheim in 15—18%, Forel in 23%, Hilger in 32% und Vogt sogar in 93%. An anderer Stelle habe ich bezüglich meiner eigenen Erfahrungen mich folgendermaßen geäußert: Da ich mich im allgemeinen mit ganz

leichten hypnotischen Zuständen begnüge und nur bei bestimmten Indikationen tiefere Hypnosen zu erzielen suche, so kann ich nur sagen, daß ich, wenn ich die letzteren Fälle mit denen zusammen nehme, in denen ohne weitere Bemühungen meinerseits sofort tiefe Hypnose entstand, auch auf eine Zahl von etwa 12—18% komme.

Die Technik der Hypnose.

Zur Ausübung der Hypnose ist eine Reihe von Vorbedingungen seitens des Arztes wie des Kranken notwendig, deren Erfüllung oder Nichterfüllung, so kleinlich sie zum Teil erscheinen mögen, doch entscheidend für die Wirksamkeit der Behandlung ist.

Wenn es schon von der Psychotherapie im ganzen gilt, daß gewisse künstlerische Eigenschaften eine der Voraussetzungen für die Behandlung der menschlichen Psyche sind, so gilt diese Einfühlungsfähigkeit besonders für ein Verfahren, das darauf ausgeht, schnell die ganze Persönlichkeit des Kranken in den Dienst seiner Heilung zu stellen. Eine gewisse persönliche Eignung zur Ausübung der Hypnose ist also unerläßlich; zu ihr gehören außer der genannten Einfühlungsfähigkeit ein bestimmtes Maß von Ruhe, von autoritativer Art und Sicherheit des Auftretens, von Geistesgegenwart und Individualisierungsgabe bei einem erheblichen Grade von Geduld. Man wird sogar zugeben müssen, daß schon rein körperlich manche Eigenschaften, wie Rauhigkeit oder Schwitzen der Hände, unruhige Haltung, unangenehme Gerüche irgend welcher Art störend auf die Einleitung der Hypnose wirken und umgekehrt eine gute Körperpflege nach dieser Richtung hin nicht ganz ohne Bedeutung ist.

Die äußeren Umstände, unter denen die Hypnose vorgenommen werden soll, können natürlich ebenfalls erheblich einwirken. Wenn ein Arzt auch die kleinlichen Mittelchen der Laienhypnotiseure, die oft ein besonders mystisches Milieu zu schaffen versuchen, nicht anwenden wird, so soll doch auf der anderen Seite schon in der äußeren Einrichtung des Zimmers alles vermieden werden, was beunruhigend, erregend und ablenkend wirken könnte. Besonders wichtig ist, daß der Patient behaglich lagern, daß das Licht genügend abgeblendet, der Schall einigermaßen gedämpft werden kann, daß das Zimmer einen gewissermaßen harmonischen Eindruck macht und auch die im Zimmer vorhandenen bildlichen Darstellungen im Sinne der Beruhigung wirken. Ob man die Hypnose in sitzender oder liegender Lage vornehmen will, ist häufig nicht wesentlich; man kann sich also in dieser Hinsicht ruhig nach den Gewohnheiten des Patienten richten. Die geeignetste Zeit zur Vornahme der Behandlung ist, wenigstens wenn man tiefere Hypnosen erzeugen will, die vom Mittagessen bis zum Abend. Für leichtere Hypnosen ist die Zeit gleichgültig.

Die psychische Vorbereitung des Kranken selbst wird vor

allem darauf ausgehen müssen, Angst vor der Hypnose, Vorurteile irgend welcher Art und ebenso übertriebene Hoffnungen von vornherein zu beseitigen und durch das ganze Verhalten des Arztes den Eindruck zu erwecken, daß es sich um ein exaktes wissenschaftliches Verfahren handelt, bei dem keinerlei mystische Faktoren eine Rolle spielen. Einige aufklärende und beruhigende Erzählungen von der Behandlung ähnlicher Fälle sind häufig imstande, in dieser Hinsicht weiter günstig zu wirken. Die Aufklärung über das Wesen der Hypnose kann sich daran am besten anschließen und muß vor allem darauf bedacht sein, dem Kranken die Überzeugung beizubringen, daß es sich bei dieser Behandlungsart um psychologisch bekannte und nach strengen Gesetzen ablaufende Vorgänge handelt. Die Bedeutung der Konzentration der Aufmerksamkeit und der Einstellung auf bestimmte Vorstellungen suche man an praktischen Beispielen begreiflich zu machen, ebenso die Bedeutung, die die Suggestion im Leben des einzelnen und der Masse hat. Schließlich wird, wie ich an anderer Stelle bereits ausgeführt habe, die Hypnose als ein Zustand absoluter Ruhe erklärt, worin die Aufmerksamkeit infolge der Ausschaltung zahlreicher Reize der Außenwelt sich vorwiegend oder ausschließlich auf das vom Hypnotisierenden Gesagte konzentriere. Im übrigen sei es durchaus nicht nötig, daß der Patient zum Schlafen komme, er könne ruhig allerlei wahrnehmen, was um ihn her vor sich gehe, wenn nur der wesentliche Teil der Aufmerksamkeit den Worten des Hypnotiseurs zugewandt sei. Zur Verdeutlichung ziehe ich gern ein Bild heran: der Strom unseres seelisch-körperlichen Lebens setze sich für gewöhnlich aus einer Reihe nach verschiedenen Richtungen verlaufender kleiner Bäche zusammen. Wolle man nun eine besondere Wirkung erreichen, so müßten diese verschiedenen Bäche sich in ein Strombett vereinigen (Konzentration der Aufmerksamkeit), und dieser starke Strom sei dann imstande, selbst große und fest verankerte Widerstände wegzudrücken. Von einer Schädigung durch Hypnose könne bei sachgemäßer Leitung keine Rede sein, ebensowenig von Willensschwächung oder -knebelung. Will man eine tiefe Hypnose erzielen, so empfiehlt es sich, vorher zu versichern, daß prinzipiell nichts in der Hypnose gefragt werden soll, was der Patient nicht im Wachzustand zum Zwecke seiner Heilung auch letzten Endes mitteilen würde. Will man gerade solche Widerstände gegen das Auftauchen von Einfällen in der Hypnose beseitigen, so muß man versprechen, daß alles, was in der Hypnose mitgeteilt wurde, nachher im Wachzustande mit dem Patienten genau besprochen werde, so daß mit ihm also nichts vorgenommen werde, worüber er nicht volle Klarheit erhalte. Es ist wichtig, von Anfang an darauf hinzuweisen, daß sich die Suggestionen häufig nicht sofort und auch nicht immer in der gegebenen Form realisieren, sondern daß die Verwirklichung manchmal erst nach längerer Zeit und in etwas anderer Form erscheine, aber schließlich immer in einer solchen, die dem Heilzweck

entspreche. Bei leichteren Hypnosen wird man vor allem vorher schon erklären, daß der Zustand im wesentlichen äußerlich dem Wachzustand gleiche, und daß es vollkommen genüge, wenn der Kranke ein gewisses Gefühl der Entspannung, Ruhe und Behaglichkeit empfinde. Während der Behandlung über die Hypnose mit Laien zu reden, sollte man dem Behandelten streng verbieten, so groß auch meistens ihre Neigung dazu ist. Sie pflegen erfahrungsgemäß durch törichtes Dazwischenreden von Laien in ungünstiger Weise beeinflußt zu werden.

Da heftige Schmerzen und sonstige körperliche Mißempfindungen eine starke Störung bei der Einleitung der Hypnose bilden, suche man in solchen Fällen wenigstens für die ersten Male diese Schmerzen zunächst durch irgend ein Narkotikum zu beseitigen, gehe suggestiv dann vor allem gegen die Schmerzen vor und gebe dann erst die eigentlichen, auf den Grundzustand bezüglichen Suggestionen.

Physiologische und psychologische Erklärungsversuche der Hypnose.

Die physiologische Erklärung der Hypnose ist trotz aller Bemühungen bisher nicht zu einem irgendwie befriedigenden Resultat gekommen. Sie würde, wie Moll mit Recht erklärt, folgende Fragen zu beantworten haben: 1. Welches ist der Zustand unseres Zentralnervensystems und anderer Organe während der Hypnose? 2. Welches ist der Kausalzusammenhang dieses Zustandes mit den Erscheinungen der Hypnose? 3. Welches ist der Kausalzusammenhang dieses Zustandes mit den Mitteln, die die Hypnose herbeiführen und beenden? Heidenhain hat als einer der ersten einen diesbezüglichen Versuch gemacht. Er vermutet die Ursache der Hypnose in einer Tätigkeitshemmung der Ganglienzellen der Großhirnrinde, die durch anhaltende schwache Reizung gewisser Nerven hervorgerufen sei, und er vergleicht diese Tätigkeitshemmung mit den Reflexhemmungen. Bei ihnen wird ja auch durch periphere Reize die Tätigkeit der Ganglienzellen gestört. Diese Erklärung setzt so viele unbekannte Größen voraus, daß sie in Wirklichkeit nicht weiterführt. Den Vorzug größerer Anschaulichkeit hat die von manchen französischen Autoren vertretene Annahme, die an die Neuronentheorie Ramon y. Cayals anschließt, daß die Hypnose wie auch der Schlaf auf einer Erschwerung und Unterbrechung der Kontaktübertragung bzw. Kontiguität der Endverzweigung der Achsenzylinder mit den Protoplasmafortsätzen einer anderen Nervenzelle entstehe. Nach dieser Theorie würde also die Hypnose dadurch zustande kommen, daß diese Protoplasmafortsätze sich ausstreckten oder zusammenzögen, dadurch Hemmungszentren schafften, krankhafte Bahnen unterbrächen oder unterbrochene Verbindungen wieder anknüpften. Indessen sind die Grundlagen dieser an sich anschaulichen Theorie nach den neueren Untersuchungen falsch, und Hirschlaff sagt mit Recht, es erfordere eine schwindelnde Phantasie sich

vorzustellen, wie unzählige Fortsätze sich zusammenlegen, sich voneinander zurückziehen usw., besonders wenn man bedenke, daß nicht eine Ganglienzelle den „Sitz" der Vorstellung bilde, sondern eine außerordentlich große Summe von Ganglienzellen zum Zustandekommen der einfachen seelischen Funktion nötig sei. Eine größere Anzahl von Autoren hat dann versucht, die Veränderung der Blutzirkulation im Gehirn für die Entstehung der Hypnose verantwortlich zu machen. Bald sollte Blutüberfüllung, bald Blutleere des Gehirns die Ursache sein. Beweise sind dafür bisher nicht erbracht worden. Wundt nahm eine doppelte Wechselwirkung, eine neurodynamische und eine vasomotorische an, insofern die Erregbarkeit eines Zentralelementes nicht nur von dem Zustand abhänge, worin es selbst im Moment des eintretenden Reizes sei, sondern ebenso von dem der anderen Elemente, mit denen es in Verbindung stehe. Eine in dem Nachbarelement geschehende Erregung setzt nämlich seine eigene Erregbarkeit herab, wogegen ein in dem Nachbarelement vorhandener Hemmungszustand die Entladung von Energie durch die in Erregung gesetzten Teile begünstigte. Zugleich bringe Steigerung der Funktion verstärkten Blutzufluß, Abnahme der Funktion Hemmung desselben zustande. In mancher Beziehung verwandt mit dieser Wundschen Theorie ist die von Oskar Vogt.

Kurz erwähnt sei wenigstens, daß neuerdings Sydney Alrutz (6) den experimentellen Nachweis für die Existenz besonderer Strahlen, einer Art von Emanation, zu erbringen versucht hat, die bei der Hervorrufung der Hypnose eine Rolle spielen sollen. Nachprüfungen haben bisher kein positives Resultat ergeben, und rein theoretisch sind alle von Alrutz mitgeteilten Versuche auch auf psychologischem Wege zu erklären.

Die psychologischen Erklärungsversuche begnügen sich im allgemeinen damit, die Ähnlichkeiten und Differenzen zwischen Hypnose und Schlaf bzw. sonstigen Zuständen von Bewußtseinseinengungen nachzuweisen, wobei die einzelnen Autoren im wesentlichen sich nur dadurch unterscheiden, daß sie verschiedene Grade von Ähnlichkeit zwischen Hypnose und Schlaf voraussetzen. Eine Reihe von Psychologen, wie z. B. Wundt, nehmen an, daß die Erscheinungen der Hypnose wesentlich von zwei Momenten, in der sie von der Art des gewöhnlichen Schlafes und Traumes abweichen, gekennzeichnet seien: 1. werde die Reizbarkeit deshalb eine größere sein können, weil nicht, wie beim Schlaf, eine Erschöpfung der im Gehirn zur Verfügung stehenden Kräfte vorausgegangen sei; 2. aber gehe infolge der besonderen psychophysischen Bedingungen ihrer Entstehung bei der Hypnose die Einengung der Apperzeptionsfunktion in einer bestimmten Richtung vor sich. Dadurch werde die Empfänglichkeit für gewisse Sinneseindrücke, vor allem für die Einwirkungen des Hypnotiseurs gesteigert, für alle anderen herabgesetzt.

Eine eigentliche Erklärung sind natürlich solche und ähnliche Dar-

legungen nicht, vor allem geben sie uns keine wirklich brauchbaren Anhaltspunkte für die Therapie.

Dagegen ist die Erklärung des Wesens von Suggestion und Hypnose einen wesentlichen Schritt weitergekommen, seitdem Freud und vor allem sein Schüler Ferenczi (Internat. Zschr. f. ärtzl. Psychoanalyse, 1913, 1. Jahrg., 2. Heft u. Jahrbuch f. psychoanalyt. u. psychopath. Forschungen, 1909, 1. Bd. [Introjektion u. Übertragung]) sie mit infantilen Vorgängen in Beziehung gebracht haben. Ferenczi geht von der Tatsache aus, daß die sogenannte Übertragung (vgl. Kapitel Psychoanalyse) eine nicht bloß für die Neurose, sondern auch für den Normalen gültige Tatsache sei. In jedem Menschen ist das liebenwollende, dabei furchtsame, ängstliche Kind bis zum Ende seines Lebens vorhanden und alles spätere Lieben, Hassen und Fürchten sind nur Übertragungen, oder, wie Freud sagt, Neuauflagen von Gefühlsvorgängen, die in der ersten Kindheit, vor dem vollendeten vierten Jahre, erworben und später teilweise verdrängt worden sind. Es ist ja längst bekannt, daß Sympathie und Respekt beim Hervorrufen suggestiver Erscheinungen stark mitwirken. Dagegen hat erst die analytische Erkenntnis uns gelehrt, daß diese unbewußten Affekte der Kinderzeit die Hauptrolle beim Zustandekommen jeder Suggestionswirkung spielen und daß sie sich als „Manifestationen libidinöser Triebregungen darstellen, die zumeist von den Vorstellungskomplexen der kindlich-elterlichen Beziehungen auf die Relation Arzt—Patient übertragen wurden. Wenn zwei Menschen sich begegnen, so macht stets das Unbewußte in uns den Versuch der Übertragung der Kindheits-Liebeswünsche auf das begegnende Objekt. Gelingt es dem Unbewußten, diese Übertragung, ob nun in erotischer Form oder in der sublimierten, versteckten Form der Achtung, Dankbarkeit, Freundschaft, ästhetischen Wohlgefallens dem Bewußtsein annehmbar zu machen, so kommt es zur „Sympathie“ zwischen den beiden, im anderen Fall zur Antipathie, die bis zum Ekel gehen kann. Freud und Ferenczi kommen von dieser Auffassung zu dem Satz: „Die Hypnotisierbarkeit und suggestive Beeinflußbarkeit eines Menschen hängt also von der Möglichkeit der „Übertragung“ oder, offener gesagt, der positiven, wenn auch unbewußten sexuellen Stellungnahme des zu Hypnotisierenden dem Hypnotiseur gegenüber ab; die Übertragung aber, wie jede ‚Objektliebe‘ hat ihre letzte Wurzel in dem verdrängten Elternkomplex.“

Für die Richtigkeit dieser Auffassung sprechen in der Tat manche Erscheinungen. Zunächst die auffallende Tatsache, daß die Verhältniszahl der gelungenen Hypnosen bei den einzelnen Autoren stark schwankt (von 50%—96%). Das ist wohl sicher auf die persönlichen Eigenschaften äußerer und innerer Art, die der Hypnotisierende hat, zurückzuführen: imponierendes Aussehen, Größe, dichte Augenbrauen, „durchdringender“ Blick, strenger, aber vertrauenerweckender Gesichtsausdruck, eine gewisse Selbstsicherheit und vorausgehender Ruf. Ebenso wirkt Höhe

und Rangunterschied des Hypnotiseurs erleichternd für den Eintritt von Suggestivwirkungen. Dafür ist ja das leichte Gelingen der Hypnose bei Untergebenen im militärischen Verhältnis beweisend. Ferner kann hier angeführt werden, daß die doppelte Art der Einleitung der Hypnose auch im obigen Sinne spricht. Es gibt zwei Arten, um andere Menschen suggestiv zu behandeln und zu hypnotisieren: die Angst und die Liebe. Die Angst als Mittel zur Einleitung solcher Wirkungen wird bei den sogenannten Überrumplungshypnosen durch Anschreien, Erschrecken, Strenge des Tones und des Gesichtsausdruckes, eventuell sonstige starke und plötzliche Sinnesreize erzielt. Die andere Methode dagegen benutzt freundliches, ruhiges, mildes Zureden in monotoner Sprache im halbdunklen Zimmer bei absoluter Stille und unter Verwendung von leichtem Streicheln der Haare, der Stirn bzw. des sonstigen Körpers. Diese beiden Formen können in gewisser Beziehung als männliche und weibliche bezeichnet werden: der durch Schreien und Überrumpeln Hypnotisierende mit dem imponierenden Äußern hat in vielen Fällen sicher manche Ähnlichkeit mit dem Bilde, das sich das Kind von dem Vater macht, dem in der Kindheit allmächtigen Mann, dem gehorcht werden muß und dem man auch nachzustreben wünschen muß. Dagegen würde die leicht streichelnde Hand, die monotonen einschläfernden Worte die Muttereinwirkung in der Erinnerung aufleben lassen, wie sie fast jedes Kind in seinem Kinderbett einmal erlebt hat. Auch die scheinbar durch äußeren Reiz wirkenden Einschläferungsmittel, wie Vorhalten eines glänzenden Gegenstandes, Einwirken monotoner Geräusche, z. B. Uhrticken, entsprechen ja der Art, wie zum erstenmal die Aufmerksamkeit des Wickelkindes zu fesseln versucht wird, so daß also auch die sogenannte Faszinationsmethode mit diesen infantilen Erinnerungen in Verbindung zu bringen wäre. Auch beim gewöhnlichen Einschlafen spielen bekanntlich aus der Kindheit bewahrte Gewohnheiten eine große Rolle. All das legt in der Tat die Annahme nahe, daß die Vorbedingungen jeder erfolgreichen Suggestion die möglichst intensive Hervorrufung solcher Kindheitseinstellung ist.

Auch die nicht seltenen Fälle, wo bei Neurosen in der Kindheit erlebte Situationen oder Befehle mit einer Art von Wiederholungszwang widerholt bzw. wieder ausgeführt werden (letzteres nennt Freud bekanntlich den „nachträglichen Gehorsam"), zeigen eine deutliche Ähnlichkeit mit posthypnotischen Befehlsautomatismen. Auch hier werden Handlungen ausgeführt, über deren Motivierung man sich entweder gar keine oder nur eine ungenügende Erklärung geben kann.

Die frühkindliche Bindung des Kindes an die Eltern führt bis zu einem gewissen Grad zu einer Identifizierung mit ihnen, und zwar identifiziert man sich in Gedanken zunächst (später oft umgekehrt) meist mit dem gleichgeschlechtlichen Teil des Elternpaares. Das macht das Gehorchen, das an sich nicht selbstverständlich und nicht lustvoll ist, zu

einer Funktion, die bis zu einem gewissen Grad lustvoll werden kann: die Äußerungen der Allmächtigkeit des Vaters schmeicheln z. B. dem Knaben, der in seiner Phantasietätigkeit sozusagen die Macht des Vaters an sich reißt und insofern nur sich selbst gehorcht. Wenn auch normalerweise beim Heranwachsen des Kindes die Neigung zum Gehorchen zurücktritt, so bleibt doch das Bedürfnis, jemand untertan zu sein, bestehen, und die Rolle des Vaters spielen nun Lehrer, Vorgesetzte und sonstige Autoritäten. Bei Frauen kann man z. B. nicht ganz selten beobachten, daß das Bedürfnis nach bedingungslosem Gehorchenmüssen sie ihren Männern, auch wenn diese brutale Naturen sind, bedingungslos ausliefert. Das bezeugte mir z. B. eine Kranke mit den Worten: „Ich sehe jetzt erst ein, daß ich meinen Mann als den Stock betrachtet habe, mit dem ich mich von meinem Vater weiter schlagen ließ." Insofern hat Freud sicher zum mindesten teilweise recht mit seiner Behauptung, daß die hypnotische Gläubigkeit und Gefügigkeit in der masochistischen Komponente des Sexualtriebes wurzele. Masochismus bedeutet in diesem Fall lustvolles Gehorchen, und das eben kann man nur in der Kindheit lernen. Daß der Widerstand gegen das Hypnotisiert- und Suggeriertwerden zum Teil auf die kindliche Trotzeinstellung den Eltern gegenüber zurückzuführen ist, erscheint demnach als eine selbstverständliche Folgerung. Diese einst den Eltern gegenüber betätigte Trotzeinstellung wird später auf das Verhältnis zum Leben im ganzen oder zu einzelnen Personen verschoben. Auch eine andere Ursache des Widerstandes, nämlich die sogenannte Antipathie gegen den Arzt, ist, wie schon gesagt, nur eine Wiederholung infantiler Erinnerungen, ebenso wie die Furcht mancher Patienten, sich zu sehr an die Person des Arztes zu gewöhnen, ihm gegenüber die Selbständigkeit zu verlieren oder in erotische Abhängigkeit von ihm zu geraten. Daß bei diesen Kranken sich eine fast ungehemmte Neigung zur Übertragung, bei den anderen Furcht vor jeder Art von Beeinflussung sich geltend macht, dürfte ebenfalls auf die Einstellung zu den ersten Menschen, die uns in der Kindheit umgeben haben, also vor allem zu den Eltern, zurückzuführen sein und besonders auf die Art, wie die Ablösung der erotischen Komponente aus der Liebe zu den Eltern erfolgt ist. Aus alledem ergibt sich auch eine weitere Bestätigung der auf anderem Wege von uns bereits gefundenen Tatsache, daß nämlich Hypnose und Suggestion nicht eine Einverleibung von etwas Fremdem, dem Hypnotisierenden Zugehörigen ist, sondern daß es einen Vorgang darstellt, auf dem unbewußte präexistente autosuggestive Mechanismen in Gang gebracht werden. Zusammenfassend drückt Ferenczi das so aus: „Das Suggerieren und Hypnotisieren wäre nach dieser Auffassung die absichtliche Herstellung von Bedingungen, unter denen die in jedem Menschen vorhandene, aber für gewöhnlich durch die Zensur verdrängt gehaltene Neigung zu blindem Glauben und kritiklosem Gehorsam — ein Rest des infantil-erotischen

Liebens und Fürchtens der Eltern — auf die Person des Hypnotisierenden oder Suggerierenden unbewußt übertragen werden kann."

Neuere Autoren wie Schilder und Kronfeld kommen im wesentlichen über diese Art der Auffassung und Erklärung der Hypnose und Suggestion ebenfalls nicht hinaus, wenn auch ihre Ausdrucksweise eine etwas andere ist. So sagt Schilder, die Hypnose sei lustvolles Sichunterwerfen. Der Hypnotisierte habe an der (aus infantilen Gesichtspunkten erlebten) Größe des Hypnotiseurs Anteil. Der letztere habe für ihn Schöpferkraft, da er durch sein Wort in der Umwelt Neues schaffen könne. Es ist also die primitiv-magische Weltanschauung, die auf Grund einer infantil-erotischen Einstellung hier wachgerufen oder wenigstens angerührt wird. Schilder weist auch wohl mit Recht darauf hin, daß für den geschulten Beobachter Gestik und Mimik beim Eintritt in die Hypnose und beim Erwachen aus derselben häufig etwas deutlich Erotisches haben und daß die Beziehung zum Hypnotiseur in gewisser Hinsicht die sexuelle Konstitution des Hypnotisierten verrät: die Individuen mit einer starken Tendenz zur Hingabe, zur Objektbesetzung, kommen verhältnismäßig am leichtesten in die Somnambulhypnose, während bei den Zwangsneurotikern häufig Trotz vorherrscht und deshalb die Hypnose schwerer gelingt. Auch auf die nahen Beziehungen zwischen Masochismus, Sadismus und Hypnose macht er wie Ferenczi aufmerksam.

Kronfeld geht davon aus, daß das Wesentliche der Suggestion eine Ausschaltung der Persönlichkeit des Suggerierten von ihrem Einfluß auf die Motivsetzung sei. Diese Ausschaltung komme dadurch zustande, daß die Persönlichkeit des Suggestors denjenigen Platz in dem Zusammenhang von Erleben und Reaktion einnehme, den eigentlich das Ich des Suggerierten einnehmen müßte. Die machtvolle Stellung des Suggestors im seelischen Zusammenhang des Suggerierten liege darin begründet, daß er für den Suggerierten einen affektiven Komplex bilde von einer besonderen Mächtigkeit und Wirkungsbereitschaft, wodurch eben die übrigen Motivsetzungen und Vorgänge ausgeschaltet werden. Die Reaktion des Suggerierten auf den Suggestor wäre demnach eine Komplexreaktion und das eigentliche Wesen der Suggestion sieht Kronfeld demnach in Wiederbelebungen affektiver Tiefenschichten durch die Beziehungen zwischen Suggestor und Suggeriertem. Die Suggestibilität hat ihre Grundlage in gewissen Dispositionen des Suggerierten und diese gehören zu den archaischen Tiefenschichten der Seele, die innigst mit der ganzen Affektivität verbunden sind und die sich aktualisieren, sobald durch affektive Vorgänge der wache, bewußte Oberbau kritischer Reflexion und bewußter Willenseinstellung ausgeschaltet werde. Gehorsam, Fügsamkeit, Lenkbarkeit, Unterordnung, gesteigerte Willfährigkeit, Gläubigkeit usw. sind die Vorstufe der Suggestibilität. Sie ist davon nicht scharf zu trennen. Die Anerkennung der Macht eines anderen, das Gefühl eigener Ohnmacht und Hilfsbedürftigkeit,

Gläubigkeit und Erwartung, des Einflusses dieses Übergeordneten u. a. m. seien „affektive Einstellungen, die an jene magisch-zauberischen Gefühlsprimitivismen, Vorstellungsarchaismen und Affektprojektionen früherer Entwicklungsstadien der Stammesgeschichte der Seele appellieren, als deren Effekte wir psychogene Erscheinungen auffassen gelernt haben".

Demnach haben wir in der Suggestibilität auch nichts anderes vor uns, als eine besondere Art der Bindung des Suggerierten an den Suggestor, wie sie schließlich bei jeder Art von Psychotherapie vorhanden ist. Durch das Wiederaufleben dieser primitiven Einstellung „wird eine Bewußtseinseinengung und eine Absperrung der Ich-Aktivität von den Reizverarbeitungen und Motivsetzungen des aktuellen Zustandes" hervorgerufen. Die Hypnose als solche bereitet durch ihre Technik den seelischen Boden vor, um diese Art von Suggestibilität besser auszunutzen. Durch die von ihr hervorgerufene Bewußtseinseinengung macht sie das Individuum fähiger zur Aufnahme der Suggestionen.

Es scheint mir für die Richtigkeit einer psychoanalytischen Auffassung des Wesens der Hypnose und Suggestion beweisend zu sein, daß bei Neurotikern mit der Festigung der Gesamtpersönlichkeit und dem Heraustreten aus der infantilen Einstellung nach meiner Erfahrung so gut wie immer die Tiefe der Hypnotisierbarkeit sich ändert: die Hypnosen werden oberflächlicher, die Beeinflußbarkeit in der Hypnose zwar nicht geringer, hat aber mehr den Charakter aktiven Mitarbeitens an sich. Diese Erscheinung läßt sich nicht verwechseln mit den Fällen von Widerstand gegen die Hypnose, wo infolge eben dieses letzteren eine Einwirkung nicht oder nur schwer zu erzielen ist. Es spricht in demselben Sinne, wenn wir immer wieder beobachten, daß das Verfallen in tiefere Hypnose gerade bei körperlich sehr geschwächten Menschen (nach schweren Erkrankungen, nach schweren körperlichen Anstrengungen) und bei solchen leichter auftreten, die durch irgend welche Manipulationen eine gewisse Spaltung ihres Bewußtseins erfahren haben. In beiden Fällen können die archaischen Tiefenmechanismen leichter in Aktion treten.

Einige Beispiele mögen das Obige noch etwas näher beleuchten:

Ein Patient kommt im Anfang sehr leicht in eine tiefe Somnambulhypnose. Da ich dadurch aber nicht genügend weiterkomme, fange ich an, zu analysieren und suche ihm klarzumachen, daß er seine kindliche Einstellung aufgeben müsse. Als ich dann später, um einige körperliche Störungen rascher zu beseitigen, wieder die Hypnose mit heranzuziehen versuche, erklärt er, er müsse sich jetzt so sehr zwingen, und es sei ihm direkt unangenehm. Auf der anderen Seite sei es sonderbar, wenn er über das mit mir vorher Besprochene während der Hypnose nachdenken wolle, gehe das nur bis zu einem gewissen Punkte, dann schlafe er so tief ein wie nie, als ob er mit Gewalt hingezogen würde, auch wenn er sich dagegen wehre. Nachher habe er dann öfters Kopfschmerzen.

Hier ist also zunächst die Wirkung der Analyse im Sinne einer Abkehr von der kindlichen Einstellung und einer Erschwerung ihrer Wiederaufnahme und andererseits doch noch die Benutzung des Schlafes als eines Mittels, unangenehmen analytischen Erkenntnissen auszuweichen, zu beobachten.

Daß in der Hypnose manchmal gewisse Vaterkomplexeinstellungen eine nicht unwichtige Rolle spielen, geht u. a. aus folgender Tatsache hervor: ein 12jähriges, völlig verkrüppeltes und infolgedessen vom Vater maßlos verwöhntes Mädchen, die psychogene Schmerzen hatte und sich beim Faradieren sehr tapfer zeigte, ohne einen Laut von sich zu geben, erklärt beim Versuch, sie zu hypnotisieren: „Das will ich durchaus nicht, da muß mein Vater dabei sein." (NB. Die Mutter war schon zugegen!) Allerdings wirkte in diesem Falle noch ein anderer Faktor, der auch für die Erkenntnis der Widerstände in der Hypnose wichtig ist, mit, nämlich, daß sie, indem sie in ihren Krankheitssymptomen die Möglichkeit erhielt, sich dauernd in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit ihrer Umgebung zu setzen, wünschen mußte, die Symptome nicht zu verlieren, weil sie ihr ja in gewisser Beziehung einen Ausgleich für ihre Entbehrungen als Krüppel bringen mußten.

Ein anderer Fall zeigt die Neigung, sich in der Hypnose wieder in die früheste Kinderzeit zurückversetzen zu lassen, ganz klar: Ich versuche, einen jungen Menschen, der an eine Dirne in einer ganz unbegreiflich starken Weise gebunden war und von ihr trotz eigenen, bewußten Wunsches nicht loskommen konnte, zu hypnotisieren. Es gelingt zuerst nicht, bis ich ihm langsam über die Extremitäten streiche. In dem Augenblick, wo ich die rechte Hand leise streichend berühre, kommt er mit einem Schlag in eine tiefe Somnambulhypnose hinein. Auf die Frage, woran er sich jetzt, wenn ich über die Hand streiche, erinnere, sagt er leise mit seligem Lächeln: „So hat es die Mutter immer gemacht, wenn sie bei mir am Bette saß, als ich noch ein ganz kleines Kind war." Auf die weitere Frage: „Wer macht das denn sonst noch?" sagt er: „Die Else (das Mädchen, von dem er nicht loskann) tut das auch immer, wenn sie bei mir sitzt." Das Beispiel zeigt zu gleicher Zeit, wie in diesem Falle der Wunsch, wieder Kind zu sein, nicht bloß die plötzliche hypnotische Wirkung entstehen ließ, sondern daß derselbe Wunsch auch die Abhängigkeit von der Dirne geschaffen hatte. Er war in jener Zeit, als das Verhältnis begann, mit seiner Mutter aus allerlei Gründen in starken Differenzen.

Die große Vorliebe, die viele Patienten für die Hypnose haben im Gegensatz zur Analyse, erklärt sich sicher auch zum Teil dadurch, daß der Patient vom Hypnotisierenden für kurze Zeit alles wieder bekommt, was er früher gehabt hat und sich weiter glühend wünscht, nämlich völliges Hingegebensein an eine Person, völliges Ausruhen in dieser Person,

völliges Geborgensein, Vergessen der Brutalität der Gegenwart, Vergessen der Notwendigkeit, sich an das Gegebene anzupassen. Aus einer Art von Dankbarkeit werden dann dem Hypnotiseur die Symptome, die man ja z. T. aus Wut und Trotz produziert hatte, weil man nicht alles haben konnte und doch wieder alles haben wollte, sozusagen preisgegeben.

Es gehört schließlich auch noch hierher, daß die Hypnose von manchen Patienten offensichtlich deshalb gewünscht wird, weil sie ein Zustand ist, in dem man, weil man bewußtlos ist, frei von Schuldgefühlen, tun und denken darf, was man will, d. h. meistens was das Unbewußte, Triebhafte in uns will. Um diese Lust zu gewinnen, wird in solchen Fällen manchmal eine sehr tiefe Hypnose sehr rasch realisiert, und um diese Lust nicht zu verlieren, d. h. mit dem Arzt in Verbindung bleiben zu können, werden dann auch die Suggestionen relativ prompt verwirklicht[1]). Wenn man dergleichen Mechanismen als wahrscheinlich voraussetzen muß — und sie sind sicher häufiger als man glaubt — so kann man der eventuell schädigenden Wirkung dadurch entgegentreten, daß man den Hypnotisierten allmählich darüber aufklärt, welche Zwecke er selbst ursprünglich mit der Hypnose verbunden hat. Andererseits läßt sich aus dieser Überlegung über die Entstehung mancher tiefer Hypnosen auch ein Fingerzeig für die Technik der Hypnose insofern gewinnen, als man daraus wieder einmal entnehmen kann, wie stark der Wunsch, wieder ganz schuldloses Kind zu sein, beim Verfallen in die Hypnose wirksam ist, und wie sehr man ihre Entstehung deswegen dadurch fördern kann, daß man diesem Umstand in der Formulierung der Schlafsuggestionen Rechnung trägt.

Eine verwandte, aber noch weitergehende Auffassung des Wesens der Hypnose muß hier noch erwähnt werden, die in neuerer Zeit von Paul Bjerre (21) entwickelt worden ist. Er geht von der Tatsache aus, daß die Hypnose ein zwar dem Schlafe in gewisser Beziehung verwandter, aber doch in mancher Hinsicht von ihm sich grundsätzlich unterscheidender Zustand ist, und nimmt deshalb an, daß er gewisse Analogien mit dem fötalen Zustande habe: „Die Hypnose ist ein vorübergehendes

---

[1]) Für die Richtigkeit dieser Ansicht spricht auch der Umstand, daß die Hypnotisierbarkeit oder wenigstens die Möglichkeit der Versetzung in einen tiefen hypnotischen Zustand bei solchen Kranken, denen ein starker Wunsch, sei es nun der, ein sexuelles Erlebnis zu haben oder der, wieder die Erlebnisse der Kindheit in irgend einer Form wiederholen zu können, erfüllt worden ist, plötzlich nicht mehr oder nicht mehr tief zu hypnotisieren sind. So in einem Fall, wo ein junges erotisch stark erregtes Mädchen anfangs sofort ohne mein Zutun in tiefste Hypnose verfiel und von einem bestimmten Tag ab absolut nicht mehr hypnotisch zu beeinflussen war. Erst nach längerer Zeit erfuhr ich, daß sie an dem Tage vor dem ersten vergeblichen Hypnoseversuch zum erstenmal von ihrem Geliebten sexuell angegriffen wurde und nachgegeben habe. In diesem Falle spielt natürlich auch der weitere Faktor mit, daß sie fürchtete, in der Hypnose über dieses Erlebnis etwas aussagen zu müssen.

Zurücksinken in den primären Ruhezustand des fötalen Lebens." Er weist auf gewisse Beobachtungen bei Patienten hin, die übereinstimmend den Zustand in der tiefen Hypnose mit dem Ausdruck Nirwana bezeichnen. Auch besteht eine sonderbare Konzentration in sich selbst, ein Gefühl eines von allen Seiten her wirkenden Druckes auf den Körper. Ferner nennt er den ausgesprochenen Automatismus und endlich das ausgesprochene Ruhegefühl, das viele Hypnotisierte zu der Äußerung veranlaßt, in einer Stunde Hypnose erholten sie sich besser als in sechs Stunden Schlaf. Das für die Hypnose charakteristische Zurückziehen der Nervenenergie von der Körperoberfläche sei, meint Bjerre, nichts anderes als eine Regression zum Zustand einer Epoche, in der sie noch nicht dahin gezogen war, kurz, wo die Oberfläche noch nicht als solche existierte. Die Katalepsie sei auf ähnliche Weise die Regression zur fötalen Form der Muskelfunktion, wobei das Auffallende nicht die Tatsache sei, daß die Glieder in jeder unbequemen Stellung verharren, sondern daß das ohne Gefühl von Müdigkeit geschehe. Das lasse sich nur als eine Regression zu einem Zustand erklären, in dem das Müdigkeitsgefühl in unserem bewußten Sinne noch nicht vorhanden war. Das erwähnte Gefühl von Druck sei eine Widerbelebung der Erinnerung an den intrauterinen Druck. Das starke Hervortreten des Automatismus sei eine Rückkehr zu der Lebensweise, als das Individuum nichts anderes war als ein Teil eines automatisch regulierten vegetativen Organs der Mutter. Praktisch kommt Bjerre zu dem Resultat, daß man, da bei Kindern die Hypnose fast ausnahmslos gelingt, weil sie dem Zustand der genannten primären Ruhe noch am nächsten stehen, die Hypnose in der Kindheit einüben müsse, um auf diese Weise später sie jederzeit als ein mächtiges Hilfsmittel im Kampfe gegen Krankheiten und schlechte Gewohnheiten verwenden zu können.

Ohne mich hier näher mit der Frage zu befassen, wie weit diese theoretischen Annahmen und die entsprechende theoretische Erklärung der Hypnose aus einem fötalen Zustand zu Recht bestehen und ohne die großen Bedenken zu verkennen, die sich dagegen erheben lassen, möchte ich nur darauf hinweisen, daß mir einiges Richtige auch an diesen Annahmen zu sein scheint. Die nicht zu bezweifelnde Tatsache, daß der Mensch in einem gewissen Stadium des Schlafes in seiner Haltung sowohl wie in seinen Reaktionen stark an fötale Zustände erinnert, ferner die Beobachtung, daß Hypnosen in nacktem Zustand, wie sie früher bei Soldaten vielfach ausgeführt worden sind, nach Angabe der betreffenden Ärzte (Nonne) sehr viel leichter und tiefer gelungen sein sollen, endlich gewisse Experimente beim suggestiven Zurückversetzen in eine ganz frühkindliche Epoche scheinen mir dafür zu sprechen. Auch allerlei Mitteilungen, die Patienten über ihre Sensationen in der Hypnose machen, lassen sich hier anführen, so z. B. folgende:

Ein junges Mädchen bringt mir eines Tages einen Traum, an Hand dessen ich ihr die Bedeutung der Bindung an die Mutter und des Wunsches, wieder im Mutterleibe zu liegen, klar mache. Gleichzeitig wird ihr aus weiteren Umständen des Traumes auch die Einstellung zum sexuellen Problem überhaupt klarer. In der darauffolgenden Ruhelage gerät sie spontan in einen ziemlich tiefen hypnotischen Zustand, was sonst nie der Fall gewesen war, und erzählt mir nachher folgendes: „Es war mir heute ganz komisch, ich fühlte mich allmählich immer mehr und mehr versinken; zwar hörte ich alles, merkte auch alles, was um mich vorging, aber es kam mir vor, als ob ich ein ganz kleines Pünktchen würde, das irgendwo behaglich und warm ruhte. Ich habe mich so wohl dabei gefühlt, daß ich wünschte, es möchte immer so bleiben. Ich meine, so ungefähr müßte man sich im Mutterleibe gefühlt haben."

Wenn auch die letztere Idee durch die vorhergehende Besprechung angeregt sein dürfte, so ist doch die Tatsache der unmittelbar nach dieser Besprechung folgenden relativ tiefen spontanen Hypnose und die Art, wie sich die subjektiven Sensationen gestalteten, geeignet, dem Gedanken, daß der hypnotische Zustand an sich mit dem embryonalen eine innere Ähnlichkeit habe, eine gewisse Nahrung zu geben.

Ich würde als praktische Konsequenz daraus die ziehen, daß man bei der Formulierung der Suggestionen darauf Rücksicht nimmt, und also schon bei der Einleitung der Hypnose die Bemerkung mit einfließen läßt, daß es dem Hypnotisierten so ruhig und wohl zumute sein werde, wie dem Kind im Mutterleibe, und daß er sich so behaglich fühlen werde wie das Kind, das an der Mutterbrust liegt und ähnliches.

Für die Therapie ist aus den physiologischen Theorien nicht viel zu gewinnen. Es sei denn das eine, daß man dem Patienten an ihrer Hand eine ihm plausible physiologische, d. h. in seinen Augen „reale" Aufklärung über die Vorgänge in der Hypnose geben kann. Nur aus diesem Grunde habe ich sie hier erwähnt. Dagegen möchte ich noch einige therapeutische Folgerungen aus der oben gegebenen psychoanalytischen Erklärung der Hypnose ziehen.

Zunächst wird man in bezug auf die äußere Situation, in der man sie vornimmt, versuchen, möglichst diejenigen Beziehungen zu schaffen, wie sie für das Einschlafen eines Kindes üblich sind, also Ruhe, Abblendungsmöglichkeit des Lichtes, bequeme entspannende Lage usw. Bei männlichen (natürlich nicht bei homosexuell gerichteten) Patienten kann es sich empfehlen, dadurch, daß man sie sich entkleiden läßt, die Situation einer gewissen Hilfsbedürftigkeit und durch Streichen über den nackten Körper die Erinnerung an entsprechende, seiner Zeit lustbetonte Hautempfindungen, die durch die Mutter hervorgerufen wurden, zu erwecken. Je nach der Individualität des zu Behandelnden wäre dann für die Art der Suggestionen zur Einleitung der Hypnose wie der Heilsuggestionen in der Hypnose bald die autoritative väterliche, bald die sanftere mütterliche Komponente heranzuziehen. Auch wird es zweck-

mäßig sein, in der Schilderung des zu erwartenden Schlummerzustandes Bemerkungen einfließen zu lassen, die die Assoziation in der Richtung auf den Elternkomplex, den Aufenthalt im Mutterleib, überhaupt auf ganz früh-infantile Einstellungen hinleiten, so daß das Auftreten der entsprechenden kindlichen Reaktionsformen möglichst erleichtert wird. In dieses Kapitel gehört es auch, daß gelegentlich ein sehr starker vor der Hypnose einsetzender Schmerzreiz sich als eine zweckmäßige Einleitung namentlich bei solchen Patienten erweist, die innerlich starke Widerstände im Sinne des Trotzes entwickeln. Manchmal kann es auch dienlich sein, sich nach Kindheitserinnerungen zu erkundigen, die mit dem Einschlafen zusammenhängen, also zu fragen, wie und unter welchen Bedingungen der Kranke als Kind einzuschlafen pflegte und dann diese Bedingungen unter Umständen künstlich herzustellen, z. B. Ticken der Uhr, Streicheln der Mutter über bestimmte Körperteile, bestimmte Körperlage usw.

Ferner wird man gut tun, festzustellen, ob zwischen dem Hypnotisierenden und irgend welchen, von dem Patienten besonders geliebten Personen seiner Kinderzeit gewisse Identifikationsmöglichkeiten bestehen. Diese gilt es dann mit einer gewissen Absichtlichkeit zu betonen. Wie schon erwähnt, wäre auch zu fragen, ob keine Angst vor Entreißung irgend eines Geheimnisses vorhanden ist. Sie müßte dann vorher beseitigt werden, entweder durch Herausholen des Geheimnisses im wachen Zustand oder durch Versicherung, daß man an dergleichen Dinge nicht rühren werde. Endlich wäre danach zu fahnden, ob irgend ein starker unbewußter Wunsch in dem betreffenden Menschen vorhanden ist, der das Auftreten der Hypnose erwünscht macht. In diesem Falle kann man durch die Wahl der Suggestionsformel dunkel ein Verständnis für diesen Wunsch, ein Erkennen dieses Wunsches anklingen lassen und so die Hypnotisierbarkeit steigern.

Die verschiedenen Hypnotisierungsmethoden.

Verbalsuggestionsmethode.

Sie ist von den ersten Autoren, die die Hypnose eingeführt haben, schon beschrieben worden, so von Liébault, Bernheim, Forel, Vogt, Brodmann, Löwenfeld u. a., und beruht auf der Voraussetzung, daß durch eine intensive Erweckung der Schlafvorstellung die Fähigkeit zum Verfallen in einen schlafähnlichen Zustand entsteht. Der Patient sitzt oder liegt in bequemer Haltung und wird aufgefordert, seine Augen ruhig und fest auf irgend einen Punkt zu richten. Löwenfeld läßt ihn daneben noch langsam leise zählen. Nach wenigen Minuten fängt man an, die Suggestion zu geben, daß die Augenlider immer schwerer werden, daß es dem Patienten scheine, als ob die Gegenstände vor ihm immer mehr verschwämmen und er die Neigung bekomme, die Augen zu schließen. Nun kämen Suggestionen allgemeiner Ruhe und Müdigkeit und Schwere

im ganzen übrigen Körper. Die letztere mache ich dadurch plausibel, daß ich dem Patienten sage, die durch das Fixieren der vorgehaltenen Finger in den Augen entstandenen Empfindungen der Muskelmüdigkeit verbreiteten sich allmählich über den ganzen Körper. Man schildere die Gefühle angenehmer Entspannung und Ruhe der ganzen Muskulatur, betone, daß die Aufmerksamkeit nur noch auf die Worte des Hypnotisierenden gerichtet seien, daß er allmählich diese Worte wie aus weiter Ferne höre und immer mehr das Bedürfnis bekomme, sich in einen vollkommenen schlafähnlichen Entspannungszustand hineinsinken zu lassen. Will man ganz leichte Hypnosen erzielen, so genügen diese Suggestionen vollkommen. Man kann, wie ich a. a. O. (Kapitel Psychotherapie im Handbuch der Neurologie von Lewandowsky) gesagt habe, wörtlich ungefähr so vorgehen:

„Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit hauptsächlich auf das, was ich sage; wenn Ihnen dazwischen mal ein anderer Gedanke oder ein anderer Eindruck kommt, so schadet das nichts. Sehen Sie ruhig meine vorgehaltenen Finger an. Allmählich kommt ein angenehmes Gefühl von Ruhe über Sie, ein leichtes Gefühl der Müdigkeit in den Augen und im ganzen Körper. Wenn Sie die Augen nicht mehr gut offenhalten können, so schließen Sie sie. Der Atem geht ganz gleichmäßig aus und ein, das Herz schlägt ruhig und gleichmäßig und Sie kommen so ganz allmählich in einen Zustand völliger Ruhe des Nervensystems hinein, in dem Sie das, was ich Ihnen sage, ohne daß Sie sich irgendwie anzustrengen brauchen, fest und tief in sich aufnehmen und in dem sich das, was ich sage, mit Ihrem ganzen Denken so fest verbindet, daß es nicht mehr aus ihrem Gedächtnis zu verdrängen ist, dauernd darin haftet und sich dauernd und immer mehr durchsetzt."

Sind nach diesen Worten die Augen noch nicht fest geschlossen, so werden sie leicht zugedrückt und die Augenlider etwas festgehalten unter gleichzeitiger möglichst monotoner, wenn auch etwas modifizierter Wiederholung der obigen Worte. Eine Abänderung, die gelegentlich von Moos angegeben worden ist und sich manchmal als zweckmäßig erweist, besteht darin, daß man, während die Augen des Hypnotiseurs fixiert werden, gleichzeitig einen leichten Druck von seitwärts auf die Augen des zu Hypnotisierenden ausübt. Dadurch wird der Fixationspunkt der Augen verschoben; es tritt infolgedessen eine Unklarheit und immer mehr zunehmende Undeutlichkeit des Sehens ein. Das verstärkt man durch entsprechende Schilderung dieser Wirkung, so daß sich tatsächliche Vorgänge im Gesichtsfeld mit der Wirkung der Suggestion verbinden. Daher pflegt bei diesem Vorgehen die Schlafvorstellung meist rascher als sonst hervorgerufen zu werden. Will man tiefere Hypnose erzielen, so müssen die Schlafsuggestionen entsprechend verstärkt und noch anschaulicher gegeben werden. Alles, was an Empfindungen dem normalen Einschlafen

vorhergeht, läßt sich hier mit Vorteil als Suggestion verwenden, also Schwere in den Gliedern, vollkommene Entspannung, Gefühl, als ob nur noch der Kopf existiere, als ob allmählich die Empfindung der einzelnen Körperteile vollkommen verschwände, Schilderung der psychischen Vorgänge, also Auftauchen von traumhaften, nebelhaften Bildern, Gefühl der Behaglichkeit, des Geborgenseins usw. Man muß sich natürlich ganz nach der Individualität des Patienten richten und bei ängstlichen oder stark kritischen Personen alle einigermaßen schwer realisierbaren oder beunruhigenden Suggestionen vermeiden, z. B. nicht von zunehmender Bewußtlosigkeit oder Verwirrung der Gedanken reden. Der Wortschatz bei der Verbalsuggestion ist von wesentlicher Bedeutung. Je mehr Anknüpfungspunkte die Worte für die Phantasietätigkeit nach verschiedenen Richtungen bieten, je häufiger dieselbe Vorstellung von verschiedenen Seiten her angeregt wird, um so rascher und intensiver wird die Wirkung der Suggestion sein. Die Stimme sei leise, monoton, allmählich flüsternd, als ob man einen Einschlafenden vor sich hätte. Aus psychoanalytischen Ergebnissen heraus läßt sich für die wirksamste Art der Schlafsuggestionen noch weiteres Material gewinnen, wie bereits erwähnt.

Fixationsmethode.

Bei der Verbalsuggestionsmethode haben wir schon das Fixierenlassen der Finger oder der Augen herangezogen. Diese Fixierung wird nun bei dieser Art des Vorgehens, wie sie zuerst Braid benutzt hat, in den Vordergrund gestellt. Es wird dem Kranken ein glänzender, von ihm zu fixierender Gegenstand so lange vor die Augen gehalten, bis sie von selbst zufallen. Hecker ließ auf einer gegenüberliegenden Türe, Tapete oder auf einem Bild einen bestimmten Punkt ununterbrochen anstarren. Auch sogenannte Hypnoskope sind konstruiert worden, d. h. schwarze Platten mit einem darauf befestigten Kristall. Natürlich gibt es zahlreiche Modifikationen dieser Art. Dazu gehört auch der sogenannte rotierende Spiegel von Luys, das Fixieren einer blauen Glühbirne oder die von Levy-Suhl angegebene Heranziehung der Kontrastfarben: man läßt ein blaues Glas, auf dem ein grauer schmaler Papierstreifen aufgeklebt ist, fixieren. Bald tritt an den Rändern des Streifens die komplementäre Farbe des Blau auf und erfüllt allmählich das ganze Gesichtsfeld. Der Eintritt dieser vorher angekündigten Erscheinung wirkt naturgemäß stark im Sinne erhöhter Beeinflußbarkeit. In ähnlicher Weise habe ich gelegentlich die zahlreichen optischen Täuschungen, die man bei der Darstellung gewisser geometrischer Figuren erzielen kann, dazu verwendet, eine gewisse Unklarheit im Gesichtsfeld auf sozusagen physiologische Weise entstehen zu lassen, an die sich dann ebenfalls die Suggestion der allmählich zunehmenden Verschwommenheit des Sehens anschließen kann. Die zu fixierenden Gegenstände sind etwa 20—30 cm entfernt, und zwar ziemlich nach oben zu

halten, um eine rasche Ermüdung der Augenmuskulatur zu erreichen. Läßt man dann den Gegenstand allmählich weiter heruntersinken, so wird das obere Augenlid mechanisch sich mitsenken müssen und die Erinnerung an die beim gewöhnlichen Einschlafen entstehenden Müdigkeitsempfindungen werden rascher und lebhafter auftreten.

Faszinationsmethode.

Sie ist die im allgemeinen für therapeutische Zwecke am wenigsten geeignete, weil die der mystischen Auffassung am meisten entgegenkommende Methode; doch wird sie sich in manchen Fällen nicht vermeiden lassen, namentlich bei Personen, denen es ein Bedürfnis ist, das Gefühl des Beherrschtwerdens mit der Vorstellung wirklicher Beeinflussung zu verbinden. Der Hypnotisierende richtet seinen Blick starr auf die Augen des Patienten und läßt zu gleicher Zeit dabei die Willkürbewegungen des letzteren durch bestimmte Vorschriften vermindern, z. B. soll der Kranke mit seinen Daumenspitzen gegen die des Hypnotiseurs drücken; dabei gibt man langsam nach, so daß die Hände der Bewegung des Hypnotisierenden unwillkürlich folgen, tritt etwas zurück und erreicht so schließlich in Verbindung mit einigen Verbalsuggestionen einen hypnotischen Zustand. Diese Art, die seitens vieler Laienhypnotiseure angewandt wird, enthält für meinen Geschmack zu viel Schauspielerisches, als daß ich sie besonders empfehlen könnte.

Man kann auch diese Methode aufs mannigfaltigste modifizieren. So beschreibt z. B. Großmann ein Verfahren, das sich — nach Hirschlaffs Angaben — folgendermaßen abspielt: Zuerst fasziniert er den Patienten einige Sekunden; dann sagt er ihm, er werde sich jetzt alsbald von der Macht der Hypnose und dem Einflusse der Suggestion überzeugen, indem er bemerke, wie seine Augäpfel völlig unempfindlich gegen Berührungen würden, so daß er bei solchen Berührungen nicht einmal zu blinzeln brauche. Dabei macht sich Großmann die Tatsache zunutze, daß bei völlig abgelenkter Aufmerksamkeit eine Hyperästhesie der Sklera entsteht, mit Herabsetzung des Konjunktival- und Konrealreflexes. Dann suggeriert Großmann Augenschluß, den er eventuell auch noch durch Zudrücken der Augenlider herbeiführt. Darauf folgen Suggestionen der Schwere in den Armen, wobei man sich scheinbar von dem Eintritt dieser Empfindung der Schwere dadurch überzeugt, daß man die Arme unter dem Anschein großer Kraftanstrengung, in Wirklichkeit mit geringer Mühe, aber natürlich ohne Erfolg zu heben versucht. Schließlich kommen noch einige Suggestionen der Müdigkeit und des eintretenden Schlafes hinzu.

Körperliche Einwirkungsmethoden.

Die Heranziehung der Gehörseindrücke ist schon in der Art der Monotonie des Sprechens und der Modulation der Stimme gegeben. Man

kann sie zweckmäßigerweise steigern durch gleichförmige Geräusche anderer Art, z. B. das Ticken der Taschenuhr, das Geräusch des Wagnerschen Hammers, des Induktionsapparates, des gleichförmigen Summens der Franklinisationsmaschine. Von Charcot und seinen Schülern wurden statt solcher gleichförmiger, langsam wirkender Reize plötzliche Sinnesreize, z. B. der Schall des Tamtams, das plötzliche Aufleuchten eines grellen Lichtes u. a. m. verwandt. Es ist zweifellos, daß solche sogenannte Schreckhypnosen therapeutisch durchaus zu verwerfen sind. (Etwas anderes ist es mit dem Vorgehen, das Forel in besonderen Fällen angewandt hat, wenn die anderen Methoden versagten. Er überrumpelt gleichsam die Patienten, verzichtet scheinbar auf die Hypnose, verwickelt den Patienten in ein anderes Gespräch, fordert ihn dann plötzlich auf, sich noch einmal zu setzen und bringt dann manchmal ganz rasch die Hypnose noch zustande.)

Von der Einwirkung auf die Sinnesorgane war oben schon die Rede. Hier wäre noch der Erzeugung hypnotischer Zustände durch Einwirkung auf die Tastempfindungen der Haut zu gedenken. Die Ausübung leichter taktiler Reize auf die Haut im Sinne leichter Berührung, Streichung und ähnlicher Maßnahmen wirkt zweifellos bei vielen Menschen an sich einschläfernd. Abgesehen von dem Einflusse der Monotonie spielen hier sicher alte, dunkle Erinnerungen an die Art, wie man als kleines Kind eingeschläfert wurde, eine gewisse Rolle, wofür ja auch der Umstand spricht, daß ganz ähnlich auch leichte, lang fortgesetzte rhythmische Bewegungen irgend welcher Art, wie Schaukeln, zu wirken pflegen. Auch das Auflegen der Hand auf die Stirn wird von vielen Patienten als beruhigend und schlaferzeugend angegeben. Bei all diesen Einwirkungen ist natürlich nie zu sagen, was wesentlich körperlich und was wesentlich psychisch an dem Erfolg ist. Jedenfalls haben die sogenannten Meßmerschen Striche, die übrigens bekanntlich von Meßmer selbst nicht angewendet wurden, sondern von seinen Nachfolgern, häufig eine stark hypnosigene Wirkung. Das Wesentliche daran — sie werden nämlich in sehr verschiedenen Modifikationen ausgeführt — ist, daß die Handflächen des Hypnotiseurs parallel der Körperoberfläche des Patienten von oben nach unten, vom Scheitel bis zur oberen Bauchgegend, bewegt werden und von da im Bogen mit ausgebreiteten Armen in die Höhe über den Kopf des Patienten weggehen. Das wird einige Zeit, etwa 10 Minuten lang wiederholt. Die Hände werden dabei 2—3 cm vom Körper des zu Behandelnden entfernt gehalten; es kann aber auch eine direkte Berührung stattfinden. Das Erwecken soll dann, wenn man sich genau an die angegebenen Vorschriften hält, in der Weise geschehen, daß Bewegungen in der entgegengesetzten Richtung parallel der Körperoberfläche gemacht werden, der Handrücken aber dem Körper des Behandelnden zugerichtet ist. Die sogenannten Magnetopathen pflegen sich dieser Striche besonders gern zu

bedienen. Wenn man sie anwendet, empfiehlt es sich deshalb, ausdrücklich den Patienten darauf hinzuweisen, daß man sich nicht etwa magnetopathischem Unfug anschließt, sondern die Streichungen aus den oben angegebenen Gründen anwendet.

Ob die Verwendung der Monotonie nicht zum Teil auch körperlich wirkt, ist eine offene Frage; daß sie aber überhaupt ein wesentliches Mittel bei der Erzeugung der Hypnose ist, darüber besteht kein Zweifel. Man findet sie ja auch zur Erzeugung von ekstatischen und hypnotischen Zuständen bei vielen Primitiven, und zwar unter der Form des Absingens eintöniger Weisen, eintöniger Musik, eintöniger Geräusche, besonderer Arten von Tänzen. In derselben Weise sind auch die Massenhypnosen im Mittelalter eingeleitet worden. Die Wirkung der Monotonie ist psychologisch wohl so zu erklären, daß während das Wachbewußtsein durch den dauernden Wechsel der Wahrnehmungen und Empfindungen immer wieder neue Anstöße bekommt, es durch monotone Einwirkungen in einen dem Schlaf verwandten Zustand gerät, der für das Auftreten fest haftender Vorstellungen und Empfindungen besonders geeignet ist. Dieser Auffassung entspricht auch die andere Tatsache, daß überhaupt jede Einschränkung der Sinnestätigkeit erleichternd für das Auftreten hypnotischer Zustände ist. Damit hängt vielleicht auch die relativ leichte Hypnotisierbarkeit vieler Hysterien mit starken Störungen der Sinnesempfindungen zusammen, bei denen häufig mit sehr einfachen Suggestivmitteln tiefe Hypnosen zu erzeugen sind. Umgekehrt müßte man daraus schließen, daß bei ganz gesunden Personen irgend eine Zerreißung des Zusammenhangs mit der Außenwelt durch Störung irgend welcher Sinnesempfindungen für die Entstehung der Hypnose wesentlich ist.

Zu den körperlichen Methoden gehört nun ferner alles das, was auf körperlichem Wege schlaf- oder rauschähnliche Zustände, d. h. also solche Zustände zu erzeugen vermag, bei denen das bewußte Denken bis zu einem gewissen Grad ausgeschaltet und dementsprechend die Wirksamkeit unbewußter Mechanismen verstärkt ist. Dazu gehören auf physikalischem Gebiet eine Reihe ermüdender Prozeduren, wie sehr ausgiebiges, streng nach bestimmten Regeln ausgeführtes Turnen (wobei auch gewisse Monotonien mitwirken mögen), ferner lang ausgedehnte Wanderungen, von denen, wie oben berichtet, von Wiedmer nachgewiesen worden ist, daß in ihrem Verlauf der Automatismus im Menschen immer mehr die Oberhand über das bewußte Leben bekommt (vgl. auch das Verhalten marschierender Truppen im hochgradigen Ermüdungszustand). Ferner wäre auch hierher zu rechnen eine sehr ausgiebige, längere Zeit fortgesetzte Massage, nicht zuletzt auch lang ausgedehnte warme Vollbäder, wie die beruhigende Wirkung der Dauerbäder bei Geisteskranken hinlänglich erwiesen hat. Wenn man an diese Prozeduren, die an anderer Stelle von mir angegebenen Schilderungen der zu erwartenden und tatsäch-

lich auch rein psychologisch dann auftretenden Wirkungen anschließt, so ist dadurch ein mächtiges Hilfsmittel zur Einleitung der Hypnose gegeben. Das gilt auch für alle möglichen anderen physikalischen Einwirkungen, vor allem auch für die Anwendung elektrischer Prozeduren.

Noch wirksamer sind natürlich eine Reihe chemischer Mittel. Besonders Wetterstrand und Schrenk-Notzing haben in dieser Richtung zahlreiche Versuche gemacht. Neuerdings hat auch Kaufmann wieder vorgeschlagen, in Fällen, wo die Hypnose auf rein psychischem Wege schwer zu erzeugen ist, Medikamente zu geben. Während die erstgenannten Autoren durch Chloroform, Morphium, Haschisch hypnoseähnliche Zustände bei entsprechenden Suggestionen zu erzeugen vermochten, hat Farez neuerdings Somnoform (ein Gemisch von Chloräthyl, Chlormethyl und Bromäthyl) vorgeschlagen, und Bérillon nennt das Skopolamin in Gaben von 3—4 dmg subkutan ein „wahrhaft psychologisches Medikament". Moll hat mehrfach hypnotische Erscheinungen mit posthypnotischen Suggestionen durch Chloralhydrat hervorrufen können. Ich selbst habe, allerdings nur in ganz schwierigen Fällen, ebenso wie Kaufmann, Skopolamin (0,0005) in Verbindung mit Morphium (0,01) oder auch kleine Dosen Pantopon subkutan mit befriedigendem Erfolge angewandt, ebenso manchmal 1 g Veronal gegeben. Häufig kommt man mit ½ g und weniger aus. Neuerdings haben wir im Somnifen ein intravenös sehr prompt wirkendes Mittel zur Einleitung der Hypnose. Selbstverständlich kann man sich in der Art der Schlafmittel weitgehend an die Individualität des Patienten anpassen, und wenn man ganz vorsichtig vorgehen muß, vorher einigemal, ohne von der beabsichtigten Verwendung des Medikaments für die Hypnose zunächst etwas zu sagen, eine entsprechende Dosis davon einfach als Schlafmittel für den Abend verabreichen und sich dann am nächsten Tag die Wirkung schildern lassen. Je nach dem Ausfall dieser Schilderung empfiehlt es sich dann, das am geeignetsten scheinende Medikament auszuwählen, dem Patienten auch hier wieder die zu erwartende und bereits von ihm ausprobierte Wirkung zu schildern und so durch Erweckung entsprechender und dann wirklich teilweise realisierter Erwartungsvorstellungen den rascheren Eintritt der Gesamtwirkung hervorrufen. Ob man im einzelnen Falle dem Patienten dabei mitteilt, welches Medikament man gewählt hat, richtet sich ebenfalls nach der Konstitution des Betreffenden. Die Suggestionen sind je nach der Art der gereichten Medikamente und nach seiner individuell erprobten Wirkung verschieden zu geben, jedenfalls so, daß sie die Überleitung aus dem hypnoseähnlichen in einen wirklich hypnotischen Zustand möglichst erleichtern.

Es ist sicher, daß es auf diese Weise gelingt, wenn man 2—3mal solche chemischen Mittel verabreicht hat (bei den physikalischen ist manchmal eine häufigere Wiederholung nötig), später auch ohne sie dauernd eine entsprechend tiefe Hypnose zu erzielen. Namentlich bei sehr ängst-

lichen und sehr kritischen Kranken empfiehlt sich dieses Vorgehen. Man sei aber bei der Dosierung der Medikamente nicht zu ängstlich; denn ein Versagen im Anfang läßt dann entsprechende Gegensuggestionen auftauchen, die sehr schwer zu beseitigen sind. Andererseits sollte man diese Art des Vorgehens, wie gesagt, nur für die schwersten Fälle sich vorbehalten, da einerseits für die leichteren meist auch oberflächliche Hypnosen genügen und man andererseits die Wirkungen solcher Arzneimittel nicht so in der Hand hat wie die Wirkungen der Hypnose, so daß unter Umständen in der Hypnose Autosuggestivwirkungen unerwünschter Art sich entfalten können und Fremdsuggestivwirkungen auf Grund von allerlei Unlust- oder eventuell auch Lustempfindungen sich nicht erzielen lassen.

Neuerdings ist die Hypnose, wie bekannt, auch mit der Narkose verbunden und in einer Reihe von Arbeiten, namentlich von gynäkologischer Seite, gezeigt worden, daß es durch entsprechende Suggestionen gelingt, mit kleinsten Mengen von Chloroform und Äther auszukommen, eine Tatsache, die namentlich auch für die Einleitung von Geburten und leichteren Operationen sehr wichtig ist (Friedländer, Hallauer u. a.).

Über die Narkohypnose in der Gynäkologie sagt B. Hallauer (Zbl. f. Gyn., 1922, Nr. 45) folgendes:

„Die psychischen Zusammenhänge bilden die Grundlage für die diagnostische und therapeutische Anwendung der Narkohypnose. Durch die Ausschaltung der psychischen Komplexe in der Hypnose gelingt es, die somatisch bedingte Schmerzhaftigkeit als solche zu isolieren. Das Verfahren gibt dadurch die Möglichkeit, bei der Abtastung der Organe zu unterscheiden, welche Schmerzhaftigkeit somatisch bedingt und welche psychogener Natur ist. Die organisch bedingte Schmerzhaftigkeit bleibt auch im hypnotischen Schlaf deutlich erhalten. Die Patientin reagiert, wenn ein frisch entzündetes Adnex palpiert wird, auch in der Hypnose mit Schmerzäußerungen, wenn auch nicht so wie im Wachzustand. Handelt es sich jedoch um Schmerzen, die rein psychogen oder psychisch betont sind, z. B. eine Follikelzyste oder eine prämenstruelle Schwellung des Ovariums, so ist die Schmerzhaftigkeit, die im Wachzustand sehr erheblich war, in der Hypnose verschwunden. Wenn man hierbei auch nur relative, d. h. Erfahrungswerte erhält, so hat man doch damit die Möglichkeit einer in gewissem Grade objektiven Schmerzbestimmung, wie sie durch keine andere Methode gegeben ist.

Wenn man unterleibskranke Frauen mit erheblichem Palpationsbefund in Hypnose untersucht, so kommt man oft zu ganz überraschenden Ergebnissen; es stellt sich nämlich heraus, daß in zahlreichen Fällen chronisch entzündlicher Unterleibserkrankungen, insbesondere der Adnexe, bei denen man deutlich Verdickungen und Verwachsungen feststellen kann, die Schmerzhaftigkeit nur zum Teil somatisch bedingt ist, zum größten Teil psychogener Natur, was man leicht erkennt, wenn man zuerst im Wach-

zustand und dann in Hypnose untersucht. Damit hat man dann eine exakte Grundlage für die Wahl der Behandlung, insbesondere auch für die Indikation zur Operation. Sind die entzündlich veränderten Adnexe in der Hypnose nicht oder nur sehr wenig schmerzempfindlich, so kann eine Operation fast immer vermieden werden. In der Regel wird es dann in derselben Hypnose gelingen, die Patientin durch entsprechende Suggestion mit einem Schlage von ihren Beschwerden zu befreien, zum mindesten aber sie wesentlich zu bessern."

Die Technik der Narkohypnose schildert er folgendermaßen:

„Man gibt dem Kranken, nachdem man ihn durch Zuspruch beruhigt hat, etwas Chloroform auf die Maske, und während man nun diese dem Gesicht langsam nähert und wieder entfernt und dem Kranken über Gesicht und Haare streicht, erklärt man ihm die Wirkung der Narkose. Unter genauer Beobachtung seines Gesichtsausdruckes fügt man nun nach Bedarf weitere Mengen Chloroform hinzu, jedoch nicht so viel, daß die Einatmung unangenehm wird oder Reizerscheinungen auslöst. Indem man nun versichert, daß die einzelnen Erscheinungen der Narkose: Ruhe, Ermüdung, Schläfrigkeit usw., eintreten, kann man durch Beobachtung und Befragung feststellen, welche dieser Erscheinungen sich realisiert haben und hierauf aufbauend im allgemeinen schnell und leicht einen hypnotischen Zustand herbeiführen. Während bei manchen Patienten schon die Vorstellung des Chloroformiertwerdens mit oder ohne Verbalsuggestion genügt, ist bei den meisten eine gewisse reale Wirkung des Narkotikums, d. h. eine leichte Betäubung, erforderlich. Durch diese narkotische Komponente kann man die Kritik und jeden Widerstand des Patienten ohne weiteres brechen und dann, wie dies auch für den Alkohol und den indischen Hanf bekannt ist, schnell eine Hypnose erzielen. In den meisten Fällen werden die suggestive Macht der Umstände, die Erwartungen und Vorstellung des Patienten und die reale Wirkung des Chloroforms zusammenkommen. Es ist wirklich erstaunlich, mit welcher Leichtigkeit bei einiger Übung das Verfahren gelingt. Oft kann man schon nach zwei Minuten Schlaf herbeiführen, in dem die typischen Kriterien der Hypnose, z. B. Katalepsie usw., vorhanden sind. Es ist dann sehr charakteristisch, wenn der Kranke auf die Frage: „Schlafen Sie?" mit „Ja" antwortet. Kommandierte Bewegungen werden ohne weiteres ausgeführt, die Patientin hält Arme und Beine in jeder gewünschten Stellung, und auf Anordnung auch selbst die Maske. Da jedes schematische Vorgehen streng vermieden werden muß, lassen sich genauere Vorschriften nicht geben. Es muß vielmehr dem Geschick, der Beobachtungsgabe und dem psychologischen Takt des Arztes überlassen bleiben, wie er in jedem einzelnen Fall vorgeht. Notwendig sind große Ruhe, freundliches, aber bestimmtes Auftreten, Konzentration und peinliches Eingehen auf den Patienten. Das Hauptgeheimnis des Erfolges liegt in der richtigen Dosierung des Chloroforms. Vollkommene Beherr-

schung der Narkose ist Voraussetzung, Erfahrung in der reinen Hypnose erwünscht, wenn auch nicht unbedingt erforderlich. Während der Hypnose muß Ruhe herrschen, außer dem Hypnotiseur darf keiner mit dem Kranken sprechen. Vorgaben von Morphium oder Skopolamin setzen die Suggestibilität herab und sind nur vor größeren Operationen und bei aufgeregten Kranken zu empfehlen. Die Eingebungen wird man jedesmal dem jeweiligen Zweck der Hypnose anpassen: bei Operationen und Entbindung wird man auf die Anästhesie, bei Kursuntersuchungen auf tiefen Schlaf, bei therapeutischen Hypnosen auf das posthypnotische Festhalten der Heilsuggestion den Hauptnachdruck legen. Zur Beendigung der Hypnose genügt ein dem Patienten vorher gegebenes Stichwort oder die Erklärung, daß er wach sei. Der Hypnotisierte erwacht dann sofort, ist frisch und munter, die Erinnerung an die Vorgänge während der Hypnose fehlt oder ist unvollständig."

Zu obigen Verbindungen körperlicher und seelischer Hervorrufung der Hypnose sind auch noch die sogenannten larvierten Methoden zu rechnen. Hirt, Reinhold, Eulenburg, ich selbst u. a. haben schon empfohlen, den elektrischen Strom zur larvierten Erzeugung der Hypnose zu benutzen. Eulenburg setzt z. B. den Patienten an den galvanischen Apparat, und während er einen schwachen Strom durch den Kopf leitet, suggeriert er die entsprechenden Symptome der Müdigkeit, Schläfrigkeit, Ruhe usw. Reinhold glaubt, daß die Influenzelektrizität ähnliche Wirkungen hervorbringe wie die Mesmerschen Striche. Es ist kein Zweifel, daß die leichte taktile Reizung der Franklinschen Dusche das Entstehen eines hypnotischen Zustandes begünstigt. Hartenberg setzt nur den faradischen Apparat in Bewegung, ohne den Patienten in den Strom einzuschalten, und fordert ihn auf, tief einzuatmen und seine ganze Aufmerksamkeit auf die Atmung zu verlegen. Er gibt an, auf diese Weise ohne Verbalsuggestion hypnotischen Schlaf erzeugen zu können. Selbstverständlich sind es auch dabei nur die Assoziationen zwischen den Empfindungen körperlicher Ruhe, gleichmäßiger Atmung, der Ausschaltung äußerer Reize durch den Augenschluß und der Schlafvorstellung, die den Zustand erzeugen. Diese Art larvierter Hypnotisierung, die übrigens in unzähligen anderen Formen geschieht (z. B. durch Magnete, auf den Kopf aufgelegte Metallplatten usw.), hat namentlich bei ängstlichen Kranken den Vorteil, daß sie die Wirkung nicht dem so sehr gefürchteten „fremden Willen", sondern dem Apparat zuschreiben und sich deswegen williger in Hypnose versetzen lassen. Auch dabei möchte ich indessen betonen, daß ich es für falsch hielte, solche larvierten Methoden bei Menschen anzuwenden, die hinreichende Verstandesfähigkeiten und Bildung besitzen, um über das Wesen der Hypnose wirklich aufgeklärt werden zu können. Bei diesen ist es zweifellos richtiger und würdiger, ihnen zuerst ganz klar das Wesen der Hypnose auseinanderzusetzen, auch eventuell ihnen eine kurze Dar-

stellung der verschiedenen Theorien über die Entstehung der Hypnose zu geben und daran die eigentliche Prozedur anzuschließen. Kohnstamm gibt an, daß er, nachdem er dem Kranken seine Auffassung der Bedeutung des Ober- und Unterbewußtseins auseinander gesetzt habe, ihn häufig durch die bloße Erklärung: „Ihr Oberbewußtsein ist jetzt ausgeschaltet" in Hypnose habe versetzen können.

Fraktioniertes Verfahren nach O. Vogt. Dressur.

Man macht im allgemeinen die Erfahrung, daß bei anfänglichem Versagen doch durch genügend häufige Wiederholung der Hypnose allmählich auch genügend tiefe hypnotische Zustände erzeugt werden können, und zwar empfiehlt es sich dabei, die Hypnosen möglichst rasch hintereinander, mindestens täglich oder sogar täglich zweimal, zu wiederholen, so daß Gegensuggestionen keine Zeit haben, sich einzunisten.

Das, was man „Dressur" genannt hat, d. h. also eine allmähliche Gewöhnung an das Aufeinanderfolgen bestimmter Eindrücke und damit verbundener Empfindungsreihen, gehört in dieses Kapitel. Dressur in diesem Sinne ist aber nicht nur das häufig wiederholte Einüben des Hineingeratens in den hypnotischen Zustand, sondern auch die Annahme bestimmter Suggestionen. Auch hier erweist sich die Wiederholung und immer wieder von verschiedenen Seiten her erfolgende Einprägung einer bestimmten Verhaltungsweise in der Hypnose, z. B. des Auftretens bestimmter Muskelsymptome, als nützlich. Auch kann man die Realisierung posthypnotischer Suggestionen auf diese Weise einüben.

Oskar Vogt und Brodmann haben unter dem Namen „fraktioniertes Verfahren" eine Technik beschrieben, mittels derer sich nach ihrer Überzeugung mit einem verhältnismäßig großen Grad von Sicherheit Hypnosen von beliebiger Tiefe erzeugen lassen. Der Patient wird in der gewöhnlichen Weise nach der Verbalsuggestionsmethode eingeschläfert, dann geweckt und nach den Empfindungen, die er gehabt hat und nach den realisierten Suggestionen gefragt. An diese wird dann weiter angeknüpft. Hat er z. B. zwar Müdigkeitsgefühle in den Muskeln, aber keine im Kopf verspürt, so wird an die ersteren nach nochmaliger Einleitung der Hypnose angeknüpft, eine verwandte, also ebenfalls leicht realisierbare Suggestion, z. B. Unbeweglichkeit bestimmter Muskelgruppen, hinzugefügt, dann wieder aufgeweckt, wieder nach den realisierten Suggestionen gefragt und daran weitere Suggestionen angeschlossen, in denen jedesmal auf den bisher realisierten Suggestionen weiter aufgebaut wird. Man kann auf diese Weise beliebig lange in einer Sitzung fortfahren, bis man einen genügend tiefen Grad der Hypnose erreicht zu haben glaubt. So läßt sich in der Tat in Fällen, wo tiefe Hypnosen nötig sind und man ohne körperliche Hilfsmittel auskommen möchte, häufig Gutes erreichen. Dies Verfahren sei deswegen hier warm empfohlen.

Einige kleinere Winke, die in manchen Fällen für die Einleitung der Hypnose wichtig sind, mögen in diesem Zusammenhang noch kurz angeführt sein. Bei sehr kritischen und zugleich bezüglich der Möglichkeit einer Hypnose ängstlichen Personen kann man das erstemal zunächst nur erklären, wie Kaufmann es tut: „Ich werde heute nur versuchen, Sie sehr müde zu machen." Auch ist es für diese Fälle manchmal zweckmäßig, daß man, um ablenkende Vorstellungen auszuschalten, vorwärts und rückwärts zählen oder kleine monotone Bewegungen, z. B. mit den Fingern, machen läßt, bis man den Eindruck hat, daß sie anfangen, zu reagieren. Manchmal empfiehlt es sich auch, Vorübungen für die Hypnose in der Form von einfachen Ruhe- und Entspannungsübungen machen zu lassen.

Endlich wäre hier noch die Frage: Gruppen- oder Einzelhypnose? zu erörtern. Bekanntlich ist Wetterstrand der erste gewesen, der hervorhob, wie sehr man sich die Einleitung des hypnotischen Zustandes erleichtern kann, wenn man ihn hervorzurufen versucht, nachdem der betreffende Mensch andere bereits auch darein verfallen und allerlei Suggestionen realisieren sah. Er pflegte deshalb zahlreiche Personen zugleich zu hypnotisieren und den auf Sofas in einem großen Saal liegenden Kranken die individuellen Heilsuggestionen leise zuzuflüstern. Im Kriege hat sich dann wohl für jeden psychotherapeutisch tätigen Arzt reichlich Gelegenheit geboten, Gruppenhypnosen auszuführen. Es ist kein Zweifel, daß man sich dadurch die Arbeit sehr erheblich erleichtern kann. Allein, so sehr dieses Vorgehen für poliklinische und Demonstrationszwecke, überhaupt für alle Fälle, wo es sich um schnell einzuleitende und wenig individuelle Hypnosewirkungen handelt, das Gegebene ist, hat doch auf der anderen Seite die Kollektivhypnose für die Privatpraxis ihre Schattenseiten. Zunächst ist die Wahrung des Ärztegeheimnisses dabei selbstverständlich schwer möglich; aber außerdem ist mir sicher, daß in einem Teil der Patienten dadurch leicht der Eindruck eines etwas geschäftsmäßigen Betriebes entsteht, und daß sehr viele es peinlich empfinden, überhaupt in Gegenwart anderer nicht bloß sich Suggestionen geben zu lassen, sondern sich überhaupt zur Beeinflussung gleichsam öffentlich darbieten zu müssen. Auch ist selbstverständlich, wenn nur ein Patient unter den Anwesenden sich befindet, der unangebrachte Bemerkungen macht, sofort das ganze Milieu im ungünstigsten Sinne beeinflußt. Ferner kann man nicht selten beobachten, daß gewisse Gewohnheiten mancher Patienten in der Hypnose von anderen nachgeahmt werden. Außerdem hat man das Auftreten von Somnambulhypnosen und anderen Störungen weit weniger in der Hand. Brodmann hat allerdings ein Verfahren für Gruppenhypnose vorgeschlagen, wobei ein Teil dieser Bedenken wegfallen würde: anfangs macht man die Hypnose immer getrennt von anderen Patienten, für Gruppenhypnose führt man strenge Trennung der Ge-

schlechter durch; diese wird bewirkt durch Scheidewände, die kleine, nach der Mitte des Zimmers sich öffnende Schlafkabinen entstehen lassen, in jeder ein Hypnosebett, ein Stuhl für den Arzt. So kann kein Kranker vom anderen gesehen und auch nichts von den Suggestionen gehört werden. Aber auch Brodmann meint, daß Personen mit nervöser Hyperakusis, übertriebener Prüderie, Neugier, mit Neigung zu somnambulen Träumen von dieser Behandlung ausgeschlossen sind.

Dauer der therapeutischen Hypnose.

Im allgemeinen kann man bei einfachen Fällen und leicht zugänglichen Kranken mit einer Dauer von 15—20 Minuten sich begnügen; doch ist es richtig, was von vielen Autoren hervorgehoben wird, daß gerade eine gewisse Dauer (2—4 Stunden) oft ein sehr wichtiges Hilfsmittel ist. Natürlich scheitert das meist an praktischen Umständen seitens des Arztes wie des Patienten. Man müßte in diesem Falle nicht bloß eine Reihe von Zimmern zur Verfügung haben, sondern sich auch fast ausschließlich auf die hypnotische Behandlung beschränken können. Freilich lassen sich Schlaflosigkeit, starke körperliche Erschöpfung und eine Reihe anderer Störungen nur dann mit Erfolg hypnotisch behandeln, wenn man ihnen längere Zeit absolute Ruhe verschaffen kann. Entweder muß man sie also zu Hause hypnotisieren, was ich aus allerlei Gründen im allgemeinen nicht für zweckmäßig und für die Einleitung der Hypnose nicht für günstig halte, oder man muß sich wenigstens ein Zimmer allein für diesen Zweck zur Verfügung halten. Wetterstrand haben wir die systematische Benützung der Methode der Dauerhypnose zu verdanken. Er gibt den Kranken nach der Einleitung der Hypnose die Suggestion, daß sie Tag und Nacht weiter schlafen und nur zu bestimmten Zwecken, Einnahme des Essens, Verrichtung sonstiger Bedürfnisse, halb oder ganz wach werden dürfen. Für notwendig und aus allerlei Rücksichten geboten halte ich es, die Patienten in solchen Fällen mehrmals oder mindestens einmal täglich, wenn auch nur für kurze Zeit, zu besuchen und die Schlaf- und Heilsuggestionen zu wiederholen. Am besten wird ein vernünftiger Angehöriger oder eine gut geschulte Pflegerin damit beauftragt, die Aufsicht zu übernehmen, und dem Kranken die Suggestion gegeben, daß er den Anordnungen dieser Person zu folgen hat. Besonders wichtig bei diesem Vorgehen ist, daß man auch die Menge der zu verabreichenden Nahrung in solchen Fällen nach Belieben beeinflussen und somit die körperliche und geistige Ruhe mit einer Überernährung oder gegebenenfalls, wenn es nötig ist, einer Unterernährung verbinden kann. Man vermag, wie nicht nur O. Vogt, Brodmann, Hirschlaff, Löwenfeld und viele andere berichtet haben, sondern wie ich auch selbst häufig zu bestätigen Gelegenheit hatte, auf diesem Wege, namentlich bei gewissen, aus Erschöpfungszuständen herausgewachsenen Stö-

rungen, glänzende Erfolge zu erzielen. Brodmann hat eine dreifache Art der Anwendung des Dauerschlafes angegeben: den länger durchgeführten, in dem oben geschilderten Sinne wirksamen Dauerschlaf, den periodischen Schlaf zur Verhütung von Erschöpfung bei pathologisch gesteigerter Ermüdbarkeit und drittens den gelegentlichen Schlaf zur Verhütung von drohenden Anfällen und Krämpfen, anfangs auftretenden Schmerzen, Gemütsbewegungen und Angstzuständen. Die Zeitdauer, auf die man die hypnotische Behandlung im ganzen ausdehnen kann, bemesse man nie zu kurz. Es ist sicher falsch, in dem Bestreben, durch Schnelligkeit der Behandlung Eindruck zu machen und den Patienten unnötige Ausgaben zu ersparen, sich damit zu begnügen, wenn nach den ersten Hypnosen ein äußerer Erfolg erzielt ist. Denn die Macht der Gewohnheit und eventuell seelische Erregungen werden die Krankheitssymptome unter diesen Umständen häufig bald wieder aufleben lassen. Deswegen rate ich dringend, die Behandlung auch bei leichteren Fällen immer wenigstens über 5—6 Sitzungen auszudehnen, die man je nach der Schwere des Falles in verschieden langen Pausen geben kann. Bei allen schwierigeren Fällen wird man unter 10—15 Sitzungen kaum auskommen können, und zwar sollen die ersten möglichst rasch hintereinander, d. h. täglich oder zweimal am Tage, vorgenommen werden. Darauf können je nach Lage des Falles die Sitzungen mit entsprechenden Pausen erfolgen. Auch nach Abbruch der eigentlichen Behandlung empfiehlt es sich sehr häufig, in größeren Pausen von Wochen und Monaten noch einmal eine Hypnose einzuschieben, um den Patienten in der Dauerübung betreffs Realisierung der Suggestionen zu halten.

Erweckung aus der Hypnose und Verhalten nachher.

Das Erwecken läßt sich bewerkstelligen durch den einfachen Zuruf: „Erwachen Sie!“, durch Reiben der Stirne, Anblasen oder sonstige plötzlich einwirkende Reize, die der Hypnotisierte als Erweckungszeichen deutet. Indessen ist das brüske Erwecken in einer dieser Formen in allen Fällen unzweckmäßig, selbst wo es sich um ganz leichte Hypnosen handelt; denn über die Stärke des Weiterwirkens des hypnotischen Zustandes läßt sich im voraus nie etwas Bestimmtes aussagen. Aus diesem Grunde ist auf das Erwecken in einer sachgemäßen Form besonders großer Nachdruck zu legen, sonst sieht man noch nach Tagen Müdigkeitsgefühle, Schwindel, Unruhe und andere Mißempfindungen auftreten, die dann dem „schwächenden, schädigenden“ Einfluß der Hypnose zugeschrieben zu werden pflegen. All das kann man mit Sicherheit vermeiden, wenn man die Hypnose allmählich aufhebt und dann besonders darauf achtet, daß alle Suggestionen, wie Müdigkeit, Schläfrigkeit, Schwere in den Armen und Beinen und in den Augenlidern, einzeln durch Gegensuggestion unwirksam gemacht werden. Dann erst versichert man, daß nach lang-

samem Zählen auf fünf die Augen zu öffnen sind, daß der Patient sich vollkommen frisch, frei und wohl fühlen und daß von all den vorherigen oder in der Hypnose empfundenen Unlustgefühlen nichts mehr vorhanden sein werde. Unmittelbar nach dem Erwecken pflegen die meisten Patienten trotzdem noch einige Augenblicke in einem leicht benommenen Zustand zu sein, und da dieser für die Entgegennahme von Suggestionen noch meist besonders empfänglich macht, so empfiehlt es sich, noch einmal kurz zu wiederholen, was man an Heilsuggestionen gegeben hat, und zwar teilweise in der Form von Suggestivfragen: „Nicht wahr, sie fühlen sich jetzt ganz anders als vorher?" „Nicht wahr, die Schmerzen sind viel besser, Sie haben doch gefühlt, wie tief Sie beeinflußt waren?" usw.

Die Heilsuggestionen.

Die Art, wie man Suggestionen gibt, ist natürlich entscheidend für ihre Wirksamkeit auch in der Hypnose. Wenn man sich daran erinnert, wie anschauungshungrig die menschliche Seele ist, wie auch schon im gewöhnlichen Leben diejenigen Menschen, die anschaulich zu sprechen und zu schildern vermögen, nicht bloß die beliebtesten Unterhalter, sondern auch meist die am stärksten Wirkenden sind, wenn man sieht, wie Ärzte, deren geistige und sittliche Wesensart sie turmhoch über andere erhebt, keine oder nur geringe Heilerfolge haben, weil sie nicht aus sich herausgehen, nicht anschaulich zu werden vermögen, währenddem geistig und sittlich minderwertige Kurpfuscher bei völlig unzureichenden wissenschaftlichen Mitteln hervorragende Heilerfolge aufzuweisen haben, so wird man sich einigermaßen über die Bedeutung des Wortes, seiner anschaulichen Kraft und seiner Wirkungsweise klar werden. Gebildete wie Ungebildete wollen gerade in medizinischen Dingen von Heilmaßnahmen sich irgend welche, ihnen klar erscheinenden Vorstellungen machen können. Ob diese Vorstellung nun wissenschaftlich haltbar ist oder nicht, ist dabei für den Erfolg zunächst gleichgültig. Diese Möglichkeit ist auf zweierlei Weise zu erreichen: entweder drückt man sich so allgemein aus, daß jeder die Vorstellung, die gerade er sich von einer Krankheit gemacht hat, unter die vom Arzt angewandten allgemeinen Wortbegriffe unterbringen kann. In diesem Falle überläßt man die weitere Verarbeitung der angeregten Vorstellungen dem Patienten und seinen durch Erziehung und Milieu ihm zugänglichen Assoziationen. Oder man schildert die Dinge so ins einzelne gehend, daß der Patient sich wirklich ein klares Bild davon glaubt machen zu können. Natürlich ist in beiden Fällen das, was der Patient sich nunmehr unter der Krankheit und den Heilungsvorgängen vorstellt, fast immer etwas wesentlich anderes, als was der psychisch Behandelnde sich darunter denkt. Aber für unsere ärztliche Pflicht ist es genug, wenn wir versuchen, möglichste Sachlichkeit mit möglichster Anschaulichkeit zu verbinden. Währenddem man früher sich

häufig damit begnügt hat, die Heilsuggestionen einfach in kurzer Befehlsform zu geben, wird man dieses Verfahren nach dem Obigen nur auf die Fälle anwenden, die entweder intellektuell weiter nicht zugänglich oder direkt auf Befehle eingestellt sind, wie man das öfters beobachten kann. Für alle anderen muß aber die Losung eine eingehende, anschauliche und richtige Assoziationen weckende suggestive Schilderung sein. Es empfiehlt sich deswegen, bei allen einigermaßen schwierigen Fällen die zu gebenden Suggestionen sich vorher genau auch betreffs des Wortlautes zu überlegen und sie eventuell schriftlich zu fixieren. Gerade für diese Fälle müssen wir also die beiden oben genannten Möglichkeiten verbinden und einerseits hinreichend allgemein sein, um der assoziativen Tätigkeit hinreichend weiten Spielraum zu lassen und andererseits so klar und anschaulich, daß dem Kranken die Verwirklichung der Suggestionen, die Möglichkeit, den gegebenen Aufklärungen entsprechend zu handeln, sozusagen selbstverständlich erscheint. Wer sich über „die Bedeutung des Wortes" für das Leben im ganzen und die Hypnose speziell eingehend orientieren will, sei auf das hübsche Buch von Karl Otto Erdmann (53) hingewiesen. Viele Mißerfolge in der Hypnose, mehr als man im allgemeinen glaubt, lassen sich durch eine falsche oder ungenügende Art der Suggestion erklären.

Wir haben oben schon gezeigt, wie man Medikamente, Elektrizität, gymnastische Übungen und sonstige physikalische Maßnahmen zur Einleitung der Hypnose benutzen kann. Sie lassen sich dann auch weiter für die Suggestionen in der Hypnose zweckmäßig verwenden. Man sättige also den Anschauungshunger des Menschen in diesen Fällen nicht bloß durch Worte, sondern auch durch Handlungen, an deren seelische Folgen sich dann die Worte weiter anknüpfen lassen. Je eingehender man im Wort die Wirkungsweise der betreffenden Handlung zu schildern weiß, um so mehr Unterstützung werden wir daran haben.

Zweckmäßig ist es, die Suggestionen selbst möglichst oft und möglichst in denselben Worten zu wiederholen, so daß sie als ein Komplex von Erinnerungen, die jederzeit zum Auftauchen bereitliegen, im Gedächtnis bestehen bleiben. Zusammengefaßt kann man sagen: Die Suggestionen sollen im allgemeinen nicht nach Art von Prophezeiungen oder Befehlen, sondern nach Art vernünftiger Begründungen gegeben werden. Dann werden auch die Wirkungen dem Patienten nicht als Wunder, sondern als Notwendigkeiten, die bestimmten Gesetzen folgen, erscheinen. Verzichtet man auf diese Weise einerseits manchmal auf eine überraschende und plötzliche Wirkung, so hat man dafür eine größere Gewähr für Sicherheit, Realisierung und Dauer des Suggerierten. Der Ton, in dem die Suggestionen gegeben werden, soll aber natürlich bei aller Ruhe und trotz vernunftgemäßer Begründung ein absolut sicherer, keinen Widerspruch duldender sein. Insofern muß an der ursprünglichen Regel, Be-

fehle in der Hypnose zu geben, in gewissem Sinne unbedenklich festgehalten werden.

Über den Zeitpunkt, innerhalb dessen der Eintritt bestimmter Wirkungen bzw. das Verschwinden bestimmter Symptome angekündigt wird, mache man im allgemeinen keine bestimmten Angaben, es sei denn, daß es sich um ganz einfache Fälle handelt, wo man mit Bestimmtheit weiß, daß die Suggestionen sich sofort realisieren können. Es ist meist richtiger, eine allmähliche Realisation der Suggestionen anzukündigen, weil dann der Widerstand gegen die Realisierung erfahrungsgemäß geringer zu sein pflegt. Je schwieriger die psychische Konstitution des Patienten, je mehr Zweifel und Angst in ihm sind, um so mehr ist es geboten, zuerst mehr allgemeine Suggestionen zu geben und nach deren Realisierung zu den spezielleren, je nach Gelegenheit und Möglichkeit, überzugehen. Daß man, um die Wirksamkeit der Heilsuggestionen voll in Kraft treten zu lassen, bei der Schilderung der zu erwartenden Wirkungen möglichst alle Gefühls- und Affektfaktoren heranzuziehen bestrebt sein muß, die sich aus der Wesensart und den Erwartungen des Patienten ergeben, ist selbstverständlich.

Schon früher habe ich auf eine Tatsache hingewiesen, die im allgemeinen nirgends genügend gewürdigt wird, nämlich daß sich die Heilsuggestionen in nicht wenigen Fällen erst verhältnismäßig spät, oft zu einer Zeit realisieren, wo weder Arzt noch Patient die Realisation noch erwartet haben, manchmal nach Tagen und Wochen. Oft genug entsteht dadurch der Eindruck, daß die Behandlung wirkungslos war. Die oben erwähnten inneren, meist unbewußten Widerstände gegen die Suggestionen, unter Umständen gegen eine Behandlung überhaupt, werden offenbar in solchen Fällen erst allmählich unbewußt vom Patienten beiseite geschafft, und die Suggestionen dann erst realisiert, wenn er glaubt, gegen ihre Realisation gesichert zu sein. Manchmal ist auch der Vorgang ein anderer, indem erst bestimmte psychische Konstellationen, zufällige neue oder andersartige Assoziationsmöglichkeiten, die Voraussetzung zur Realisierung der Suggestion schaffen. Es ist deswegen zweckmäßig, dem Patienten von vornherein zu sagen, daß die Behandlung, falls er keinen Widerstand leiste, auf alle Fälle zu irgend einer Zeit sich durchsetzen werde, und daß es in seinem eigenen Interesse liege, möglichst günstige Bedingungen in und um sich dafür zu schaffen, daß überhaupt bei jeder psychischen Behandlung die Schuld eines Mißerfolges sehr viel häufiger beim Kranken als beim Arzt liege. In einzelnen Fällen hat ein zeitweiser Mißerfolg übrigens auch darin seinen Grund, daß in der Hypnose infolge der Aufhebung des Rapports oder starker Verminderung der Hörschärfe die Suggestionen nicht erfaßt werden. In diesen Fällen muß man natürlich zunächst einen normalen Rapport schaffen und die entsprechenden Gegensuggestionen gegen das Nichthörenkönnen

geben. Bei Patienten, wo innerhalb der Hypnose die Suggestibilität vermindert oder aufgehoben ist, z. B. in den abnormen Somnambulhypnosen, kann man, wie Hirschlaff sagt, „durch unbemerkte Eingebung prähypnotischer Suggestionen gegen die sonst in der Hypnose etwa auftretenden Autosuggestionen, gegen Unruhezustände und Aufregungen erfolgreich ankämpfen sowie allgemeine therapeutische Suggestionen sich realisieren lassen, was intrahypnotisch in solchen Fällen nicht möglich wäre".

Der Vorschlag Molls, in gewissen Fällen überhaupt keine Suggestionen in der Hypnose zu geben, sondern den Patienten während dieses Zustandes einfach den eigenen Gedanken des Geheiltwerdens zu überlassen, ist sicher gelegentlich angebracht, und zwar namentlich dann, wenn Suggestionen aus Gründen übertriebener Ängstlichkeit vor Beeinflussung oder falsch angebrachter Kritik nicht angenommen werden. In einer Anzahl von Fällen erweist es sich als zweckmäßig, dem Patienten in der Hypnose die Suggestion zu geben, daß er sich von Zeit zu Zeit durch Wiederholung der Worte des Hypnotiseurs oder durch sonstige Signale selbst in Hypnose versetzen könne, in denen sich dann die Heilsuggestionen weiter auszuwirken vermöchten. Eine solche Autohypnose ist z. B. bei hartnäckiger Schlaflosigkeit, Schmerzen, Angstzuständen und ähnlichem namentlich dann zu verwerten, wenn äußere Schwierigkeiten die Fremdsuggestionen nicht regelmäßig durchführen lassen. Indessen ist eine Bedingung für die Unschädlichkeit der Autohypnose, daß der Betreffende auch in diesem selbsthypnotischen Zustande in genügend sicherer Weise unter dem Einfluß des Hypnotiseurs bleibt. Im anderen Falle können solche Hypnosen zu ungünstigen Folgen führen, speziell ist die Gefahr der Hervorrufung von somnambulen Dämmerzuständen nicht ganz ausgeschlossen. Man soll deswegen, wenn bei einem Individuum spontan nach öfterem Hypnotisieren die Fähigkeit, sich selbst in Hypnose zu versetzen, auftritt, durch Gegensuggestionen dafür sorgen, daß sie nur zu bestimmten Zwecken verwendet werden kann und nicht zu Zuständen führt, in denen der Kranke den Händen des Arztes bzw. seinen eigenen bewußten Instanzen entgleitet.

Einige Einwände gegen die Hypnose.

Mit wenigen Worten möchte ich noch einiger gegen die Hypnose häufig vorgebrachter Einwände gedenken, weil sie eventuell auch seitens der Patienten dem Arzt entgegengehalten werden. Das Genauere darüber lese man in den entsprechenden Lehrbüchern nach. Hier nur einiges Wesentliche. Daß die Hypnose aus dem Menschen kein willenloses Werkzeug macht, sondern im Gegenteil, richtig angewandt, zu einer Stärkung des Willens im Kranken führen muß, wurde bereits erwähnt, ebenso daß der Vorwurf der Einführung eines mystischen Elementes in die Behand-

lung bei der hier geschilderten Art des Vorgehens nicht berechtigt ist. Die Behauptung, es entstehe durch die Hypnose eine „Hysterisierung", ist ebenfalls nicht zutreffend für alle die Hypnosen, bei denen auf regelmäßigen Rapport mit dem Arzt, richtige Suggestionen und richtiges Erwecken geachtet wird. Gewiß kommt es vor, daß hysterische Anfälle, somnambule Zustände u. dgl. gelegentlich durch eine Hypnose hervorgerufen werden; aber durch welches Heilmittel irgend welcher Art sind bei solchen Patienten nicht schon dergleichen Zustände vermittelt worden? Und wir haben auf der anderen Seite in einer entsprechenden Leitung der Suggestionen, in einer richtigen Vorbereitung der Hypnose, einem zweckentsprechenden Verhalten nachher genügend Mittel in der Hand, Dauerschädigungen zu vermeiden. Bezüglich der Suggestionen, die in solchen Fällen wirksam sind, habe ich a. a. O. schon ausgeführt, daß dafür besonders auf objektive äußere Eindrücke gerichtete beruhigende Suggestionen am Platze sind, die den offenbar auf unangenehme oder besonders erregende Erlebnisse gerichteten eigenen Vorstellungen des Patienten entgegenwirken.

So erinnere ich mich, bei einer Kranken, die anfangs regelmäßig in einen somnambulen Zustand mit erschwertem Rapport verfiel, dadurch zu einer normalen Hypnose gekommen zu sein, daß ich ihr schilderte, es würde ihr sein, als ob sie auf weiter grüner Wiese läge, ganz ruhig und still, mitten im Walde. Um sie her leises Fliegensummen, über ihr blauer Himmel usw. Der krampfhafte Zustand des Gesichtes nahm alsbald den Ausdruck völliger Entspannung und ruhiger Freude an, und es gelang dann immer, wirksame Heilsuggestionen anzuknüpfen.

Hypnosesucht kann ebenfalls nur dann entstehen, wenn man in den Gegensuggestionen nicht konsequent genug ist. Die von Rosenbach erwähnte Möglichkeit, man könnte durch Hypnose einen Menschen zu einer seinen tatsächlichen Kräften nicht entsprechenden Überanspannung führen, läßt sich ja sehr einfach durch genaue körperliche und psychische Untersuchung und dementsprechendes Vorgehen vermeiden.

Die gelegentlich beobachtete erhöhte Suggestibilität im Wachzustande und eine starke Abhängigkeit des Hypnotisierten vom Hypnotiseur, wie man sie nach Kurpfuscherhypnosen gar nicht selten findet und die ein wesentlicher Grund der Angst vor der Hypnose sind, läßt sich bei einem gewissenhaften, nach obigen Regeln geschehenden Vorgehen immer ausschalten. Übrigens sei nochmals erklärt: die Möglichkeiten eines kriminellen Mißbrauches der Hypnose, wovor viele Laien besonders große Furcht haben, sind nicht so groß, wie man im allgemeinen in Laienkreisen glaubt; Menschen, die an sich jedem Einfluß Dritter verfallen, lassen sich natürlich vermittels der Hypnose noch besonders stark in einem eventuell auch kriminellen Sinne beeinflussen. Aber in diesem Falle liegen die Ursachen nicht in der Hypnose, sondern in dem Individuum.

Ganz im allgemeinen gilt: Jede Heilmaßnahme hat, wenn sie über-

haupt wirksam sein soll, selbstverständlich auch gewisse Gefahren in sich, aber man hat weder das Morphium oder Chloroform, noch chirurgische Operationen, noch intravenöse Injektionen deshalb aus dem Heilschatze der Medizin verbannt, weil sie allzuoft oder unter besonders ungünstigen äußeren oder inneren Umständen angewandt gelegentliche Schädigungen hervorrufen können. Es ist nach alledem also gar kein Grund vorhanden, die Hypnose, wenn sie in sachgemäßen Händen ruht, nicht zu verwenden. Daß von Kurpfuscherseite Unfug damit getrieben wird (neuerdings nach dem Verbot hypnotischer Schaustellungen meist unter dem Namen „Wachsuggestion"), ist ja hinlänglich bekannt und also lediglich auf eine ungenügende staatliche Beaufsichtigung dieser Kurpfuscherelemente zurückzuführen. Es gibt zweifellos viele Fälle, wo die Hypnose gegenüber anderen Methoden direkt unentbehrlich ist, und in sehr vielen anderen Fällen führt sie rascher und sicherer zum Ziel als andere Arten des Vorgehens. Die oberflächlichen Hypnosen sind außerdem zur Verbindung mit anderen psychotherapeutischen Verfahren besonders geeignet, indem sie die letzteren verstärken bzw. vereinfachen. Es sei nur erwähnt, wie störend es oft ist, wenn man bei dem Versuch, einen Patienten im Wachzustande durch Aufklärung usw. zu beeinflussen, immer wieder durch nebensächliche Fragen und Einwendungen unterbrochen wird, und wieviel einfacher demgegenüber Willensbeeinflussung, Aufklärung und Belehrung erteilt werden können, wenn er in einem Zustand nicht abgelenkter Aufmerksamkeit und bewußter Bereitschaft zur Aufnahme bestimmter Suggestionen ruhig daliegt. Auch ist die ganze Prozedur der Hypnose an sich geeignet, schon als ein besonderes, im Gedächtnis festhaftendes Erlebnis die Erinnerungsspuren an die damit verbundenen sonstigen Einwirkungen besonders festhaften zu lassen.

Der Rapport.

Unter Rapport versteht man die Beziehung, die in der Hypnose zwischen Hypnotiseur und Hypnotisiertem besteht, und als Isolierrapport bezeichnet man die Erscheinung, daß der Hypnotisierte nur zum Hypnotiseur, nicht aber zu anderen Menschen in Beziehung steht. Der Rapport läßt sich vom Hypnotiseur auf einen Dritten übertragen, so daß also der Dritte die Rolle des Hypnotiseurs in dessen Abwesenheit oder bei sonstigen Gelegenheiten übernehmen kann. Ob der Rapport in der Hypnose ohne diese bewußte Übertragung ohne weiteres an sich auch zwischen Hypnotisiertem und irgend einem Dritten entstehen kann, ist eine umstrittene Frage; entscheidend dürfte dabei die Suggestibilität des Hypnotisierten sein und die Art, wie der Dritte sich dieser letzteren bedient. Es ist für die Verwirklichung der Suggestionen besonders wichtig, daß der Rapport in genügendem Maße vorhanden ist und der Hypnotisierte nicht in eine wesentlich nur von seinen eigenen Vorstellungen erfüllte Autohypnose

hineingleitet. Übrigens sei man, wenn Dritte an der Hypnose teilnehmen, auch z. B. wenn Angehörige dabei sind, vorsichtig in der Annahme eines Isolierrapports, d. h. man denke immer daran, daß auch von anderen Personen ausgehende Sinneseindrücke selbst in scheinbar sehr tiefen Hypnosen aufgefaßt werden können. Bei Nichtbeachtung dieser Regel kann es zu unangenehmen Nebenwirkungen kommen.

Indikationen und Kontraindikationen der hypnotischen Behandlung.

Zunächst ist hier ein Satz voranzustellen: Die Hypnose beseitigt nur Symptome, nicht, oder wenigstens nur in verhältnismäßig sehr einfach liegenden Fällen, die zugrunde liegenden tieferen und eigentlichen Ursachen einer Erkrankung. Ganz allgemein kann man also sagen, daß die Hypnose überall da angebracht ist, wo einerseits irgend welche Gefahren von ihrer Anwendung nicht zu erwarten sind, andererseits Zeitmangel rasches Vorgehen und rasche Wirkungen erfordert oder Unfähigkeit zum Verständnis für objektive Aufklärungen vorliegt. Auch bei solchen Patienten, bei denen zwar die Intelligenz genügt, aber unbewußte Vorstellungen sich den logischen Gründen immer wieder entgegenstellen, ist sie, falls Analyse unmöglich ist, das Mittel der Wahl. Auch gibt es manche Kranke, die von allerlei anderen Arten psychotherapeutischen Vorgehens enttäuscht, zunächst einmal eine eindeutige starke Wirkung sehen wollen, ehe sie sich weiter aufklärend oder analytisch behandeln lassen. Für diese ist die Hypnose ebenfalls das gegebene Mittel. Selbstverständlich halte ich es auch für richtig, daß man solche Menschen, die mit dem ausgesprochenen Wunsch nach Hypnose, d. h. mit einem besonderen Vertrauen zu ihr, kommen, dieser Behandlung unterzieht, wenn sonst keine Gegengründe vorliegen. Was die speziellen Indikationen betrifft, so kommen vor allem alle die Fälle in Frage, bei denen eine Beeinflussung der vegetativen Funktionen besonders wichtig ist, da erfahrungsgemäß in der Hypnose gerade das vegetative Nervensystem besonders leicht zu beeinflussen ist, also vasomotorische Zustände, wie abnormes Schwitzen, kalte Extremitäten, gewisse Zirkulationsstörungen der Haut (Erytheme), gewisse Formen von Hauterkrankungen, ferner Magen-, Darm- und Herzneurosen, sexuelle Neigungen abnormer Art, Stimmungsschwankungen leichteren Grades, Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen. Letztere, die der logischen Aufklärung völlig unzugänglich zu sein pflegen, wird man zwar nur symptomatisch mit Hypnose beeinflussen können, aber doch manchmal mit recht gutem Erfolg. Sehr günstig pflegt die nervöse Schlaflosigkeit auf Hypnose zu reagieren, ebenso chronische nervöse Obstipationen und Menstruationsstörungen. Daß nervöses Asthma, Heuschnupfen, chronischer Alkoholismus, manchmal auch andere Süchte, mit Erfolg hypnotisch angefaßt werden können, ebenso wie Schmerzen und Parästhesien aller Art, ist allgemein bekannt. In allen

diesen Fällen tut man aber gut daran, nicht bloß einfach Verschwinden der Störungen zu suggerieren, sondern zu begründen, warum sie verschwinden können und müssen, und wenn möglich soll man versuchen, eine andere Empfindung an Stelle der Störung zu setzen, z. B. bei Kopfschmerz das Gefühl angenehmer Ruhe und Wärme eventuell Kühle im Kopf. Psychogene Krämpfe und Lähmungszustände, Bettnässen, psychisch bedingtes Erbrechen, Vaginismus, gewisse örtliche Krampfzustände, wie Schreibkrampf, Blepharoklorus usw., und auch Stottern und Zittern sind besonders durch die Dauerhypnose wirksam zu beeinflussen.

Vergessen darf man auch nicht die zahlreichen Fälle organischer Erkrankungen, wo die Hypnose teils durch Wegschaffung der überlagerten psychogenen Symptome, teils dadurch, daß sie Ruhe, Besserung der Stimmung, des Appetits (z. B. bei Tuberkulösen), der Verdauung usw. bewirkt, mit vielem Nutzen herangezogen werden kann. In sehr vielen Fällen wird auf diese Weise der Entstehung von Süchten (nach Morphium, Veronal usw.) vorgebeugt. Auch sei erwähnt, wie manchen Herzkranken durch die absolute Ruhe der Hypnose Besserung zu verschaffen und wie vielen durch Blutungen oder organisch bedingte Schmerzen erregten Kranken dadurch geholfen werden kann.

Die Kontraindikationen lassen sich ebenfalls wieder in allgemeine und spezielle einteilen. Allgemein kontraindiziert ist die Hypnose immer dann, wenn Suggestionen und Aufklärungen die Gefahr autohypnotischer Zustände, namentlich somnambuler Dämmerzustände, nicht zu beseitigen vermögen, ferner wenn Patienten ausgesprochene Hypnoseangst haben oder nach dem Mißlingen der Hypnose zu befürchten ist, daß andere Behandlungsmethoden auch nicht mehr erfolgreich sind.

Spezielle Kontraindikationen sind nur für gewisse Fälle von Neurasthenie und Hysterie mit starker Neigung zu wahnhaft festsitzenden Ideen gegeben, besonders wenn sie durch einen mißlungenen Hypnoseversuch in der Überzeugung von der Unheilbarkeit ihres Leidens bestärkt werden können. Alle Fälle von Hysterie mit leicht auftretenden Dämmerzuständen, ebenso stark erotische Hysterische sind nicht geeignete Objekte für die Hypnose. Bei allen Formen geistiger Störungen, die zu Wahnbildung neigen oder bei denen Erregungszustände auftreten könnten, ist ebenfalls davon abzuraten.

Was die für einzelne Fälle anzuwendende Tiefe der Hypnose anlangt, so hat neuerdings Trömner versucht, dafür verschiedene Indikationen aufzustellen. Er geht dabei von dem Satze aus: Um Krankheitserscheinungen suggestiv zu entfernen, ist mindestens derjenige Hypnosegrad nötig, dessen Symptome jener Beschwerde entsprechen. Seine Meinung, daß das somnambule Stadium stets das für die Heilsuggestion günstigste sei, kann ich, wie schon oben angeführt, nicht unbedingt teilen. Auch der genannte Satz dürfte nur sehr teilweise richtig sein. Aber zu-

treffend ist, daß bei heftigen Schmerzzuständen, namentlich wenn sie organisch oder wenigstens bis kurz vor der Behandlung noch organisch bedingt waren und bei vielen dem bewußten Willen entzogenen körperlichen Funktionen die Wirksamkeit der Hypnose mit dem Grade ihrer Tiefe zunimmt. Für die weitaus größte Mehrzahl der Fälle reichen oberflächliche Grade aus.

B. Wachsuggestionstherapie.

Sie ist diejenige Form der Psychotherapie, die unbewußt, aber um so häufiger immer und überall in der Medizin geübt worden ist. Aber erst, nachdem die Hypnose ihr Wesen in ein klareres Licht gehoben hatte, fing man an, auch die Wachsuggestion systematischer und bewußt anzuwenden. Die Verwendung des Begriffs der Suggestion ist indessen in der Medizin allmählich derartig umfassend geworden, daß in weiten Ärztekreisen das Wort suggestiv fast gleichbedeutend mit psychisch gebraucht zu werden scheint. Ja, man kann das Wort Suggestion geradezu als eine Art Lückenbüßer für alle nicht anderweitig erklärbaren therapeutischen Erfolge bzw. psychischen Erscheinungen und nicht selten auch als einen Lückenbüßer für alle psychologische Unkenntnis in Ärztekreisen ansehen. Dieser Begriff hat deshalb der Psychotherapie in ihrer Entwicklung sicher ebensoviel geschadet wie genützt, und wenn er überhaupt noch verwendet werden soll, so muß man wenigstens versuchen, ihn genauer zu umgrenzen bzw. darüber klar zu werden, daß von verschiedenen Autoren sehr Verschiedenes darunter verstanden wird. Moll definiert die Suggestion als „einen Vorgang, bei dem unter inadäquaten Bedingungen eine Wirkung dadurch eintritt, daß man die Vorstellung von dem Eintritt der Wirkung erweckt". Diese Definition erfordert zu ihrer Ergänzung, um den Begriff der inadäquaten Bedingung verständlich zu machen, diejenige von Lipps: „Suggestion ist die Erzeugung eines über das bloße Dasein einer Vorstellung hinausgehenden psychischen Vorgangs in einem Individuum seitens einer Person oder eines von jenem Individuum verschiedenen Objekts, wofern das Zustandekommen der fraglichen Wirkung unter Bedingungen stattfindet, die nicht mehr als adäquate bezeichnet werden können. Adäquate Mittel zur Erzeugung eines Urteils sind: Gründe; zur Erzeugung von Empfindungen: sinnliche Reize; zur Erzeugung von Willensakten: das Bewußtsein vom Werte eines Objekts oder Gewohnheit. Dagegen kommt bei der Suggestion die psychische Wirkung zustande durch eine in außerordentlichem Maße stattfindende Hemmung oder Lähmung der über die nächste reprozudierende Wirkung der Suggestion hinausgehenden Vorstellungsbewegung." Ich habe aber schon a. a. O. betreffs der Heranziehung des Begriffs der inadäquaten Bedingungen bemerkt, daß inadäquate Reste in jedem, auch im scheinbar adäquatesten Mittel enthalten sind: kein Urteil kommt nur durch Gründe zustande, keine Emp-

findung nur durch einen sinnlichen Reiz, kein Willensakt nur durch das Bewußtsein vom Werte eines Objekts oder nur durch Gewohnheit! Bei den experimentellen Suggestionen (ausgesprochenen suggestiven Halluzinationen usw.) mag das „inadäquat" etwas ausschließlicher zutreffen, bei den therapeutischen Suggestionen gilt es sicher nur in bescheidenem Umfange, und Hirschlaff sagt nicht ohne Grund, daß die überwiegende Mehrzahl aller Fälle von therapeutischen Suggestionen Pseudosuggestionen seien, deren Wesen mit den Faktoren übereinstimme, die auch sonst in der Psychotherapie in der Form von Belehrungen, Ermahnungen, Hoffnungen usw. angewendet werden können. Vor allem scheint mir bisher eine Tatsache viel zu wenig Beachtung gefunden zu haben, nämlich die, daß wir bei Verwendung bestimmter chemischer und physikalischer Suggestionsträger keineswegs immer nur die Vorstellung von dem Eintritt einer Wirkung erzeugen, sondern daß eine der vorgestellten ähnliche, unter Umständen sogar gleiche Wirkung tatsächlich, wenn auch nur leise anklingend, sehr oft vorhanden ist, bzw. daß gewisse Faktoren in dem Suggestionsträger vorhanden sind, die der Realisierung der Vorstellung stark entgegenkommen. Auch in den sog. „reinen" Suggestionen haben wir es also sehr oft nicht mit einer reinen halluzinatorischen Vorstellungswirkung, sondern wohl noch viel häufiger mit einer illusionären (im psychiatrischen Sinne) zu tun. Das ist nur ein anderer Ausdruck für die Tatsache, daß sich eine Suggestion um so rascher und sicherer realisiert, je mehr sie Anknüpfungspunkte an den Tatsachen findet.

Unter Berücksichtigung aller dieser Umstände möchte ich die Suggestionsbehandlung definieren als diejenige psychische Behandlungsmethode, bei der unter bewußter Heranziehung teils adäquater, teils inadäquater Mittel in einem Individuum die Heilung dadurch erzeugt wird, daß man die Vorstellung von dem Eintritt der Heilung — bzw. ihrer Voraussetzungen — intensiv erweckt und (nach dem früher Ausgeführten) gleichzeitig infantile Mechanismen dabei bewußt als Hilfsmittel heranzieht. Aus dieser Definition ersieht man auch zugleich, wie nahe diese Methode mit allen anderen psychischen Behandlungsmethoden verwandt und wie verkehrt es ist, sie in einen Gegensatz dazu stellen zu wollen.

Andere Definitionen, wie sie namentlich in der augenblicklich modern gewordenen französischen Literatur sich finden, z. B. von Baudouin, sind meist entweder psychologisch ganz unhaltbar oder viel zu eng oder viel zu weit. Wenn etwa Baudouin Suggestion als „die unterbewußte Verwirklichung einer Idee" definiert, so ist das eine Definition, die genau so gut von jeder anderen Art seelischer Einwirkung gegeben werden kann.

Die Mittel, deren sich die Suggestivbehandlung bedient, können selbstverständlich so verschiedenartige sein, daß es unmöglich ist, sie alle anzuführen. Man kann nur ganz im groben sagen: es kommen dabei in Frage

erstens Suggestionen durch Worte, zweitens durch Medikamente, physikalische Heilmittel und Instrumente, drittens durch Kuren.

Betreffs des Suggestivmittels des Wortes kommt es ja, wie schon wiederholt betont, vor allem darauf an, möglichst anschaulich die Wirkung irgend einer Maßnahme, bzw. die Fähigkeit zur Genesung, bzw. die Tatsache des Gesundseins zu schildern. Jeder von uns kennt ja Menschen, die in der Art ihrer Schilderung etwas so Hinreißendes haben, daß man ihren Worten auch bei mangelhaftester Begründung ohne weiteres Glauben entgegenbringt. Man muß die Worte so wählen, daß sie möglichst vielen Assoziationen und vor allem Gefühlen und Affekten Gelegenheit zum Anklingen geben und daß die geschilderte Wirkung mit einer Deutlichkeit vor dem Kranken steht, die ihn an ihrer sofort oder bald eintretenden Wirkung gar nicht zweifeln läßt. Dabei sei nochmals hervorgehoben, daß in einer Reihe von Fällen die häufige Wiederholung als solche dem Inhalt der Worte eine zunehmende Kraft zur Verwirklichung gibt. Man muß aber bei der Wachsuggestion im Gegensatz zur Suggestion in der Hypnose insofern etwas anders vorgehen, als die Form in der Wachsuggestion sich natürlich mehr an den im wachen Leben vorhandenen Bewußtseinszustand anschließen, also abwechslungsreicher und logisch besser begründet sein muß. Man kann so dem Kranken, wie Dubois sich ausdrückt, förmlich die fixe Idee einimpfen, daß er geheilt werde.

Wie Medikamente und physikalische Maßnahmen suggestiv wirken, und daß dabei dem Begriff der Suggestion häufig ein zu großer Spielraum eingeräumt wird, darüber haben wir ja bereits oben gesprochen. Besonders pflegt die Summierung dieser Faktoren in Form richtiger Kuren namentlich bei solchen Patienten, die Wert auf eine „ausgiebige Behandlung" legen, ihre Wirkung zu entfalten. Der Gedanke, daß „etwas Gründliches geschieht" (wozu bei primitiveren Seelen vor allem auch die finanzielle Seite gehört), wirkt hier in starker Weise mit, ebenso aber auch die Tatsache, daß Suggestionen oft erst durch häufige Wiederholung, wie sie in solchen Kuren gegeben ist, sich Geltung verschaffen können.

Kurz sei hier noch daran erinnert, daß auch schon in der Art der Fragen Suggestivwirkungen liegen können, die sich unter Umständen, z. B. bereits während der Untersuchung, oft mit Erfolg anwenden lassen. Wer sich genauer über diese Wirkung und das Wesen der Suggestivfragen orientieren will, sei auf die Arbeit von Otto Lipmann (168) verwiesen. Wieviel man umgekehrt durch unzweckmäßige Suggestivfragen schaden kann, darauf brauchen wir nicht besonders aufmerksam zu machen.

C. Behandlung durch Ablenkung, Überrumpelung und Einschüchterung.

Ablenkungsbehandlung ist ja immer eine wesentliche Form psychischer Einwirkung in der Medizin gewesen. Es ist eine Art des Vorgehens, die ja auch im gewöhnlichen Leben, bei allen, die Einfluß auf andere Menschen ausüben oder ihren Willen durchsetzen wollen, eine wesentliche Rolle spielt. Man kann sie systematisch heranziehen und damit dann therapeutisch allerlei erreichen. So hat z. B. Hecker auf die günstige Einwirkung, die eine ablenkende Gymnastik auf hysterische Krämpfe ausübt, hingewiesen. Auch die von Oppenheim angegebene Methode der Behandlung von Psychalgien gehört hierher. Er läßt in solchen Fällen durch Berührung bzw. Stechen einzelner Hautstellen und Angabe der dabei entstehenden Empfindungen den Patienten von dem eigentlichen Schmerzpunkte ablenken und leitet ihn dann an, daß er das allmählich selber fertig bekommt, so daß er ein jederzeit verfügbares Mittel gegen den Schmerz in der Hand hat. Bei manchen intellektuell hochstehenden Menschen kann man in der Tat auf diese Weise zu einer allmählichen Überwindung des Schmerzes kommen. Des weiteren gehört natürlich zur Ablenkung die ganze Beschäftigungstherapie (siehe weiter unten) und auch ein großer Teil der Apparat- und sonstigen physikalischen Behandlungsmethoden.

In der Kriegszeit hat die sogenannte Überrumpelungs- und Einschüchterungsbehandlung in Verbindung mit der Ablenkung bei Kriegsneurotikern bekanntlich große, allerdings rasch vorübergehende Erfolge gezeitigt. Man hat gerade in diesen Fällen gesehen, daß eine Art psychischen Vorgehens, die sich nur an solche elementare Faktoren hält, versagen muß, weil nicht die ganze Psyche dabei ergriffen wird. Man kann natürlich durch einen starken seelischen Schock, wie er durch plötzliches heftiges Elektrisieren und durch rücksichtslose Anwendung militärischer Kommandogewalt möglich ist, eine Art Lähmung aller aktiven Vorstellungen und damit auch der Kritik hervorrufen. Der Kranke, der unter anderen Umständen der Heilvorstellung zu widerstreben versucht, ist infolgedessen in diesem Falle dazu unfähig. Und an diese Tatsache anknüpfend kann man auf eine solche Weise plötzliche Heilerfolge bei ihm erreichen. Auch wirkt bei Erregung starken Schmerzes die einfache Erwägung: „entweder den Schmerz aushalten oder nachgeben“ (im Kriege: „entweder die augenblickliche Unlust ertragen oder die spätere Unlust auf sich nehmen“) stark mit ein, ob nun die Furcht durch schmerzhafte Eindrücke, drohende Operation, widerliche Medikamente, Grobheit oder ähnliche Arten des Vorgehens erstrebt wird. Aber man darf sich nicht verhehlen, daß dieses Verfahren nur in einer streng militärischen Umgebung allgemeinere (obwohl auch dann, wie gesagt, meist schnell vor-

übergehende) Erfolge zeitigen konnte, währenddem es in der Privatpraxis schon einfach dadurch ausgeschlossen ist, daß die meisten Kranken nicht mehr erscheinen. Aber es hat auch an sich nicht bloß ethische, sondern mindestens ebensosehr medizinische Bedenken gegen sich; denn einerseits besteht immer die Gefahr, daß sich gegebenenfalls infolge der doch meist starken Suggestibilität die Eigensymptome des starken seelischen Schockes, die dem des Schrecks nahe verwandt sind, und daran sich anschließende Auto- und evtl. auch Fremdsuggestionen entwickeln. Andererseits ist diese Art von Vorgehen besonders geeignet, alles, was an Trotz und Abwehr in dem Patienten vorhanden ist, aufzupeitschen und ihn unter Umständen in die Produktion neuer oder stärkerer Symptome hineinzuhetzen. Man wird also von diesem Verfahren für sich allein höchstens für solche Fälle Gebrauch machen können, wo man entweder ganz plötzliche Wirkungen unbedingt haben muß, die man dann mit solch starken körperlichen Einwirkungen zusammen in sehr energischem Befehlston erzwingen kann, oder aber in solchen Fällen, die schon mit einem enorm starken Abwehrwillen gegen die Behandlung kommen. In letzterem Falle wird man allerdings nur dann etwas auf diese Weise erreichen, wenn man mit einer unermüdlichen Konsequenz evtl. stundenlange Übungen mit gleichzeitigen schmerzhaften Eindrücken verbindet und sich zum Grundsatz macht, unter keinen Umständen nachzugeben, bis der Patient nachgibt, d. h. seine Symptome verliert. So ist es z. B. im Kriege bei den verschiedenen Formen von Schütteltremor gelungen, durch evtl. stundenlanges Exerzierenlassen und gleichzeitiges Elektrizieren die Zustände (vorübergehend) rasch zu beseitigen. Auch kann man unter Umständen bei ganz Ungebildeten oder geistig und überhaupt seelisch sehr indolenten Menschen versuchen, auf diesem Wege weiterzukommen. Nicht zuletzt ist es bei Kindern nicht selten angebracht, leichte Schmerzeindrücke und Ablenkung zu verbinden. Allein gerade auch in diesen Fällen hüte man sich vor der Entwicklung einer Trotzreaktion und vermeide deswegen alles, was der Prozedur irgendwie den Charakter einer Strafe geben könnte.

Als Unterstützungsmittel im Verlauf anderer Behandlungsmethoden läßt sich dagegen das genannte Vorgehen sehr oft mit großem Vorteil verwenden und besonders dann, wenn man den Patienten psychisch so weit in der Hand hat, daß man nicht zu befürchten braucht, er könnte diese Art falsch auffassen oder in Trotzreaktion verfallen.

Die Verwendung von Schmerzreizen ist übrigens auch noch in einer anderen Weise, die der von Oppenheim geschilderten ähnlich ist, mit vielem Nutzen möglich: Man stellt den elektrischen Apparat an, gibt dem Kranken die Elektroden auf irgend welche empfindliche Körperstellen und fordert ihn nun auf, die Verstärkung des Stromes durch Drehen an der Kurbel selbst zu besorgen, indem man ihm erklärt, daß, je weiter er sich im Ertragen der Schmerzen bringe, um so stärker

auch seine Willenfähigkeit dadurch geübt werde. Sehr viele pflegen dabei allmählich einen gewissen Sport darin zu finden, „möglichst viel Strom zu vertragen", und werden auf diese Weise in der Tat unempfindlich gegen Unlustreize aller Art bzw. erreichen es, sich von anderen Symptomen abzulenken. Man vermeidet so einerseits mit Sicherheit den Eindruck von Qualerei oder Bestrafung, den das Elektrisieren seitens des Arztes hervorzurufen vermag, und kann damit trotzdem gleichzeitig die Vorteile der Ablenkungs- und Schmerzreizbehandlung erreichen. Daneben wirken selbstverständlich in all diesen Fällen die suggestiven Faktoren genau so ein, wie wenn der Arzt selbst elektrisierte, und deswegen möchte ich diese Art auf das wärmste als häufig sehr wirksam empfehlen. Man kann selbstverständlich statt des elektrischen Stromes irgend welche anderen schmerzhaften oder wenigstens unangenehmen Eindrücke in genau derselben Weise verwenden. Wenn man dem Kranken dabei erklärt, daß, was er am Apparat an Unlustreizen aushält, ebensogut draußen im Leben von ihm betätigt werden kann, d. h. Ertragen von körperlicher und seelischer Unlust, so ist man imstande, ihm Mut und Selbstsicherheit auf diese Weise praktisch einzuflößen.

Endlich möchte ich mir nicht versagen darauf hinzuweisen, daß Hervorrufung starker Schmerzeindrücke bei sehr widerspenstigen und gegen die Hypnose refraktären Patienten gelegentlich mit einigem Nutzen verwendet werden kann. Man hat den Eindruck, daß der starke Schmerz eine Art Entfremdung aus der sonstigen Wirklichkeit, mit anderen Worten eine Schockwirkung, hervorruft, die das Auftreten des hypnotischen Zustandes erleichtert. Natürlich ist gerade in diesen Fällen mit der Gefahr des Auftretens von irgend welchen schreckhaften Autosuggestionen in der Hypnose zu rechnen, und die Heilsuggestionen müssen deswegen mit besonderer Vorsicht und Genauigkeit gegeben werden.

D. Die kathartische Methode.

Schon die ersten, mit der Hypnose arbeitenden Ärzte hatten ja bemerkt, daß es in der Hypnose möglich ist, gewisse, sonst nicht mehr wachzurufende Erlebnisse und Gedächtnisspuren wieder zurückzurufen. Oskar Vogt, Brodmann u. a. haben dann später diese Tatsache systematisch dazu ausgenutzt, um stark affektbetonte Erinnerungen, die von offensichtlich krankmachendem Einfluß waren oder im wachen Zustand nicht mehr an die Oberfläche kamen, heraufzuholen und sie mitsamt ihrem Affekt sich entladen zu lassen. Auch der erste von Breuer und Freud veröffentlichte Fall, der zur Psychoanalyse geführt hat, wurde ja vermittels der Hypnose in seinen psychologischen Zusammenhängen aufgedeckt. In neuerer Zeit hat dann vor allem L. Frank (61) die Methodik weiter ausgebildet und sie als kathartisch-analytische Behandlung im Halbschlaf be-

zeichnet. Er betont, daß zur Analyse im Halbschlaf nur ein ganz oberflächlicher Schlaf nötig sei, in dem die Aufmerksamkeit des Patienten jeden Moment auf die Außenwelt gerichtet werden kann, daß die Patienten alles hören und bewußt aufnehmen können, was um sie her vorgeht und selbst jeden Augenblick imstande sind, aus dem Halbschlaf zu erwachen. Ein tieferer Schlaf sei für die Behandlung ganz ungeeignet.

Die Erlebnisse, die krankmachend wirken, pflegen mit einem starken Affektzustand (und daher auch mit einer gewissen Einengung des Bewußtseins) einherzugehen, der einem leicht hypnotischen sehr ähnlich ist. Es ist deshalb, nachdem man dem Kranken die Art der Behandlung auseinandergesetzt und ihn angewiesen hat, sich einfach passiv ruhig hinzulegen und kommen zu lassen, was an Bildern, Vorstellungen, Erinnerungen auftauchen will, nicht selten zu beobachten, daß schon ohne Einleitung der Hypnose seitens des Arztes ein leicht hypnoider Zustand entsteht. Gewöhnlich allerdings wird man die üblichen Hypnoseprozeduren anwenden müssen, um die Kranken in einen geeigneten Zustand zu versetzen. Die Dauer einer Sitzung soll in der Regel nicht länger als eine Stunde sein, doch wird man zwei und manchmal auch mehr Stunden aufwenden müssen, wenn man gerade sieht, daß eine Szene in dem Kranken auftauchen will, sich aber nur unter sehr starken Widerständen durchsetzen kann. Man bemerkt das Auftauchenwollen einer Erinnerung daran, daß der Patient unruhig wird, sich hin und her wirft, oder mit den Fingern zu trommeln anfängt, oder plötzlich die Augen aufreißt; auch kleine Zuckungen im Gesicht oder an anderen Körperteilen, plötzliches tiefes Atmen, akut einsetzender Husten, leises Räuspern, manchmal auch eine eben kaum bemerkbare Bewegung der Lider oder sonstige, nur bei scharfer Aufmerksamkeit bemerkbare äußere Zeichen weisen uns darauf hin. Das alles muß vom Arzt scharf beobachtet und ausgenutzt werden. Manchmal treten vor dem Auftauchen der Affekte im Gesichtsfeld gewisse Helligkeitserscheinungen, dann die Affekte selbst und erst nach einiger Zeit die Szenen auf. Sehr häufig ist es, daß den letzteren ein gewisser Angstzustand vorhergeht. Wenn man diesen, sei es an der Atmung, sei es an dem beschleunigten Puls, dem Gesichtsausdruck, an dem Erröten oder Erblassen des Gesichts, bemerkt, so beruhigt man den Kranken und ermahnt ihn, sich einfach passiv dem Affekt zu überlassen. Je nach der Individualität sind die Phänomene natürlich verschieden; bald tritt die Helligkeit im Gesichtsfeld ziemlich plötzlich, bald nur nach und nach auf, bald schildert der Kranke, wie sich eine Art wallender Nebel vor seinen Augen entwickelt, aus dem dann plötzlich ein Bild heraustritt. Oder es tauchen zuerst einzelne Figuren, einzelne zuletzt gesehene Gegenstände, Stücke von Körpern oder sonstigen Gegenständen auf, und der Kranke muß dann angeleitet werden, diese Gegenstände einfach als abwartender Zuschauer ruhig zu betrachten, sich ja nicht dabei anzustrengen

und irgend etwas zu wollen, sondern einfach alles kommen zu lassen, wie es kommen will. Manchmal wechseln die Szenen innerhalb kurzer Augenblicke, jagen sich gegenseitig. Man muß dann versuchen, ihn eine Szene festhalten zu lassen. Gelingt das nicht, so läßt man ihn zunächst eine Viertelstunde ruhen. Manche Kranke können unmittelbar während des Wiedererlebens der Szene unter Affektentladung im Halbschlaf erzählen, was sie eben durchleben. Sie agieren dabei die ganze Szene in plastischer Weise noch einmal, stehen auf, gehen im halbdämmerigen Zustand im Zimmer umher, und es kann dabei zu recht unruhigen und erregten Szenen kommen. Andere Kranke erwachen, sobald eine Szene aufgetaucht ist, und erzählen dann unter oft ebenfalls sehr starker Affektwirkung das Wiedererlebte. Da die Szenen, genau wie die Träume, die starke Tendenz haben, sofort wieder ins Unbewußte zurückzufallen, also vergessen zu werden, so ist es gut, sich wenigstens einige Stichworte sagen zu lassen und sie kurz zu notieren. Es ist Wert darauf zu legen, daß das Wiederaufgetauchte genau und auch klar erzählt und mit dem Arzt durchgesprochen wird. Solange noch irgend eine Affektspannung daran klebt, pflegt es immer wieder aufzutauchen. Frank hebt nicht mit Unrecht hervor, daß gegenüber dem Einwand, die Patienten stellten bei der Analyse in der Hypnose dem Abreagieren Widerstände entgegen, das Verhalten der Patienten ins Feld zu führen ist, die geradezu das Bedürfnis zeigen, verdrängte Vorstellungen doch immer wieder sich einstellen zu lassen, bis sie wirklich ihres Affekts sich entledigt haben. Manchmal ist die Affektspannung so stark, daß schon vor dem Auftauchen der Szenen stundenlang Wut-, Ärger- oder Angstreaktionen vorhergehen. Schon diese Affektentladung pflegt häufig, auch wenn die dazugehörigen Szenen noch nicht aufgetaucht sind, eine günstige und befreiende Wirkung zu haben. Wenn es sich um Angstzustände handelt, so kann, wie Frank vorschlägt, das Auftreten der Angst im Halbschlaf dadurch hervorgerufen oder verstärkt werden, daß man mit der Hand gegen die Brustwand drückt und so den Herzschlag fühlbar macht. Manchmal wird hierbei das Abreagieren einer Angstszene in die Wege geleitet. In ähnlicher Weise kann man die vorher als schmerzhaft angegebenen Punkte berühren und dadurch sozusagen anschauliche Anhaltspunkte für das Abreagieren geben. Natürlich ist man auch sonst des öfteren genötigt, dem Kranken während des Halbschlafs zur Hervorlockung seiner Erinnerungen gewisse assoziative Handhaben zu bieten, sei es nun, daß man eine der vermuteten Szene ähnliche Gemütsstimmung hervorruft oder ihn in eine der Zeit, wo das Erlebnis stattgefunden hat, ungefähr entsprechende Situation anschaulich hereinzuversetzen versucht, sei es, daß man äußere Sinnesreize heranzieht, wie ich es z. B. in einem unten näher zu schildernden Falle mit Geruchsreizen erfolgreich getan habe. Gerade Geruchsempfindungen pflegen ja sehr starke assoziative Anknüpfungsmöglichkeiten zu bieten.

Selbstverständlich kann das Abreagieren übrigens nicht bloß in Form der Wiederholung optischer Szenen geschehen, sondern oft stehen Gehörseindrücke dabei im Vordergrund. Es können ganze Konzerte, Gespräche, Vorträge dabei wieder auftreten. Manchmal sind auftauchende Vorstellungen scheinbar ganz ohne Affekt. Man lasse sich aber nicht täuschen: der Affekt selber ist dann eben von den betreffenden Vorstellungen verschoben und wird sich bei passender Gelegenheit schon äußern. Ein Beispiel:

Eine Patientin kommt tagelang mit heftigen Anklagen gegen eine bestimmte Dame ihres Gesellschaftskreises, die über sie geklatscht habe. Patientin bittet mich flehentlich, sie doch nicht zu zwingen, mit dieser Frau weiter zu verkehren. Sie wisse ganz genau, daß ich das versuche. Alle meine Gegenreden sind erfolglos. Sie bleibt bei der Überzeugung, ich wolle sie zwingen, mit dieser Dame und anderen weiter zu verkehren. Der Affekt darüber ist so hochgradig, daß sie tagelang in plötzlichen Ausbrüchen Gegenstände zertrümmert, Kleidungsstücke zerreißt, sich die Haare rauft usw. Da ich vermute, daß die als Grund dieser Affektausbrüche angegebene Angst nicht die eigentliche Ursache ist, so suche ich sie auf allerlei von mir vermutete Ursachen hinzuleiten, jedoch zunächst ohne Erfolg. Nach einigen Tagen erzählt sie scheinbar ohne allen Affekt, die betreffende Dame habe eines Tages behauptet, Patientin habe früher onaniert. Dann sei ihr auch in den letzten Tagen mancherlei über ihren kurz vorher verstorbenen Sohn wieder hochgekommen, aber „ganz ruhig" und ohne daß sie sich irgendwie darüber erregt habe. Im Halbschlaf wird sie hierauf nochmal auf die Erregung der letzten Tage eingestellt, und nun erst erfolgt unter einem Ausbruch allerstärkster Erregung und unter heftigem Weinen zunächst die Mitteilung, daß der Mann dieser Dame, der zugleich der Arzt des verstorbenen Sohnes gewesen war, ihr so sehr sympathisch sei und daß sie darunter leide, infolge der Klatschereien seiner Frau nicht mehr mit ihm verkehren zu können. Sodann folgen eine große Zahl von Mitteilungen über den Sohn, alle unter den stärksten Affektausbrüchen hervorgebracht. Nachher große Erleichterung und Beruhigung.

Aus der Analyse dieser Patientin ist weiter folgendes erwähnenswert: In der Kinderzeit hatte sie schwer unter der stark hysterischen Mutter zu leiden, die ihr vor allem verbot, irgend welche Affekte trauriger Art, aber auch starke freudige Äußerungen in ihrer Gegenwart von sich zu geben und noch später, z. B. bei dem Tode ihres ersten Kindes, sie mit den Worten empfing: „Also weine um Gottes willen nicht, und zeige mir deine Trauer nicht, du weißt, ich kann das nicht vertragen." Die Mutter war außerdem sehr prüde, und eine in der frühesten Kindheit erlebte, an sich relativ harmlose Szene mit anderen Kindern, wobei sie Doktor spielten und sich gegenseitig am nackten Körper untersuchten, war für die Patientin infolgedessen Gegenstand schwerster innerer Bedrängnis. Während der Behandlung war nun jedesmal, wenn ein Affekt vor der Entladung stand, d. h. wenn im Verlauf der Unterredung Dinge angeregt wurden, die sie innerlich sehr bewegten, vor der Entladung regelmäßig eine große innere Unruhe festzustellen, dann kamen 2—3 Tage stärkster motorischer Erregung, während deren sie Gegenstände zerriß, Vasen zertrümmerte, sich zum Fenster herauszustürzen versuchte, in maßlosen Ausdrücken auf den Arzt schimpfte und stereotyp bestimmte

Wahnideen wiederholte. Es zeigte sich dann jedesmal nach einiger Zeit, daß die Wahnbildung nur die Deckreaktion für eine dahintersteckende andersartige Vorstellung war. So wollte sie z. B. lange Zeit nicht von ihrem 3 Jahre vorher verstorbenen einzigen Kinde sprechen. Als eines Abends ihr Mann mit einem Freund kam und dieser von seinen zwei gefallenen Söhnen sprach, wurde sie plötzlich ohne eine ihr erklärliche Ursache erregt und schimpfte den ganzen Abend über mich und meine „falsche Behandlung". In der Nacht sprang sie dauernd aus dem Bett, riß die Gesellschafterin an den Haaren und kam in immer größere Erregung hinein, wollte morgens nicht zu mir kommen, und als dies durch die Begleiterin schließlich erzwungen worden war, begann sie sofort mit der Wahnidee, ich wollte sie zwingen, ihren Sohn zu vergessen und benützte dazu hypnotischen Einfluß. Nachdem ich ihr die Unsinnigkeit ihrer Idee gezeigt hatte, fängt sie plötzlich an zu weinen und erklärt, sie könne jetzt zum erstenmal seit dem Tode ihres Jungen überhaupt weinen, vorher sei ihr das ja durch ihren Mann, der auch Affektäußerungen nicht „ertragen" könne, verboten worden. Sie erinnere sich auch jetzt, daß die Erzählung des Herrn gestern abend von seinen Söhnen sie an ihren Sohn sehr stark erinnert habe. Sie habe die ganze Nacht den krampfhaften Versuch gemacht, das zu vergessen. Danach tritt Beruhigung ein. Einige Tage darauf erklärt sie, sie fühle wieder etwas in ihr sich andrängen, wisse aber nicht was, sie müsse sich nur immer mit der Frage beschäftigen, warum sie nicht mehr Ärzte wegen des Jungen befragt habe. Sie tobt wieder im Zimmer umher, zerreißt ihr Nachthemd, läßt sich von der Gesellschafterin mit Wasser übergießen und wird erst gegen Morgen etwas ruhiger, sagt dann ihrer Gesellschafterin: „Ich bin jetzt freier gegen den Doktor, weil ich von meiner Tochter sprechen kann. Ich wollte eigentlich sagen: ‚Von meinem Jungen', und in dem Augenblick, als ich mich versprach, wußte ich plötzlich, was mich so sehr erregt und erschöpft gemacht hatte, nämlich, daß mir das erste Kind, ein Töchterchen von einem halben Jahr, auch gestorben war, und daß ich mir damals besonders große Vorwürfe gemacht habe, weil ich nicht noch einen Spezialisten zugezogen habe. Die Vorwürfe beim Tode meines Jungen waren in Wirklichkeit gar nicht besonders groß, denn da war alles geschehen." Es ist also in diesem Fall zweierlei deutlich zu sehen: die Affektverschiebung von dem eigentlichen Thema auf ein damit im Zusammenhang stehendes und die Unruhe und Erregung bis zu dem Moment, wo die eigentliche Ursache des Affektes hochkommen konnte.

Die anfänglich vorgebrachten Vorstellungen waren also sozusagen nur die Ersatzbilder für diejenigen, die dem Affekt eigentlich zugrunde lagen. Man muß in solchen Fällen erwägen, ob die Stärke des Affekts durch die auftauchenden Vorstellungen genügend gerechtfertigt ist. Wie das Beispiel übrigens zeigt, lassen sich natürlich Analyse im Wachen und im Halbschlaf häufig mit Vorteil miteinander verbinden. Man kann z. B. im Halbschlaf solche Vorstellungen, zu denen im Wachen keinerlei Bilder auftauchen wollen, dem Kranken laut vorsagen, ihn eigens darauf einstellen und ihn dann entweder direkt sagen lassen, was dazu an weiteren Vorstellungen auftaucht oder, wie ich das sehr häufig tue, ihn einfach einige Zeit liegen lassen und ihn auffordern, das wesentliche dessen, was dann in ihm auftauchen sollte, bis zur nächsten Sitzung

schriftlich zu fixieren. Wenn Angstzustände durch Schreckerlebnisse bedingt werden, die dem Patienten zwar bewußt sind, bei denen aber anzunehmen ist, „daß der Affekt eingeklemmt sei", geht Frank so vor, daß er die Aufmerksamkeit des Patienten im Halbschlaf bei eingeengter Assoziationsfähigkeit in einen gewissen Spannungszustand versetzt, indem er den Patienten auffordert, stark auf die Bilder aufzupassen, die in ihm auftauchen und dann im Moment der höchsten Spannung dem Patienten plötzlich das Wort: „Jetzt!" zuruft. Dadurch soll ein gewisser Schreck produziert werden und in diesem dann die Schreckerlebnisse wieder ins Bewußtsein treten. Ähnliche Erfahrungen kann man übrigens auch im Wachen machen, wenn man Patienten, die Schreckergebnisse gehabt haben, durch einen plötzlich einsetzenden elektrischen Schlag oder sonstige starke Sinnesreize in eine der Schrecksituation ähnliche Lage versetzt. Es gelingt da manchmal, erst durch solche Mittel die Erregung in ihrer ganzen Stärke noch einmal wiedererleben zu lassen.

Wenn längere Zeit hindurch Szenen oder Vorstellungen im Halbschlaf nicht erscheinen wollen, so kann es sich entweder um unbewußte Widerstände oder um starke Ablenkungen durch irgend welche Gegenwartsaffekte handeln. In solchen Fällen würde ich nicht raten, wie Frank es tut, kürzere oder längere Pausen einzuschalten, denn ich habe die Erfahrung gemacht, daß dadurch, wie bei der Analyse im Wachen, die Schwierigkeiten sich häufig verstärken; sondern man muß dann versuchen, entweder durch assoziative Hilfen, die man dem Kranken im Halbschlaf gibt oder aber durch Analyse im Wachen weiterzukommen. Es gibt allerdings Fälle, wo aus irgend welchen, meist in Familienverhältnissen gelegenen Ursachen die Schwierigkeiten und Widerstände so groß sind, daß man erst nach einer Änderung des Milieus an eine Weiterarbeit denken kann.

Wie bei sonstigen psychoanalytischen Behandlungen ist auch bei der im Halbschlaf oder in tieferem hypnotischem Zustand häufig im Anfang eine Verschlimmerung der Symptome zu bemerken. Das wird nur den wundern, der an sich selbst noch nie erlebt hat, was es heißt, wenn irgend eine stark gefühlsbetonte Gruppe von Erinnerungen in uns angerührt wird. Häufig genug richtet sich auch der hochkommende Affekt, ehe die zu ihm gehörige ursprüngliche Vorstellungserinnerung gefunden ist, gegen den Arzt, und es kann vorkommen, daß tagelang vor dem Auftauchen der eigentlichen Erinnerung dem Arzt gegenüber die intensivsten Ärger-, Wut- und Haßgefühle oder auch stark erotische Stimmungen produziert werden. Es liegt ebenfalls im Wesen des Abreagierens von Affekten, daß sie einen sehr großen Verbrauch an seelischer Energie mit sich bringen und dem Abreagieren deswegen oft ein Ermüdungszustand folgt. Dieser muß dann körperlich mit Ruhe behandelt werden. Man darf ihn aber nicht verwechseln mit den während jeder Analyse so häufigen Über-

steigerungen von normalen Ermüdungsgefühlen zum Zwecke der Verhinderung weiterer Behandlung. Eine solche Müdigkeit darf natürlich nicht berücksichtigt werden.

Wenn der Kranke durch das Abreagieren einen großen Teil des auf seiner ganzen Lebensführung lastenden Drucks losgeworden ist und dadurch eine bedeutende Summe von inneren Kräften frei bekommen hat, so muß sich bei ihm selbstverständlich das Bedürfnis einstellen, diese Kräfte sich nun auch betätigen zu lassen. Das geschieht manchmal zunächst in einer der Umgebung auffallenden und sie manchmal reizenden Weise. Die Reizwirkung tritt um so leichter ein, als die Umgebung solcher Patienten jahrelang gewöhnt zu sein pflegt, sie in einem mehr oder minder willenlosen und infolgedessen lenkbaren Zustand zu sehen. Fangen sie jetzt an, sich ihrer vermehrten Kraft bewußt zu werden und diese entsprechend zu gebrauchen, so entsteht bei der Umgebung leicht das Gefühl, daß der Patient jetzt besonders undankbar und aggressiv sei. Deshalb gilt es, auch darüber die Angehörigen einigermaßen aufzuklären.

Um einen gewissen Einblick in den Verlauf solcher kathartischen Analysen zu geben, sei folgender Fall mitgeteilt, in dem ich, wie ich es häufig tue, Analyse im Wachen und im Halbschlaf, je nach Umständen, verbunden habe.

Fräulein Sch., 35 Jahre, bisher immer gesund, nur öfters „nervöse Zeiten", hat seit 2 Jahren in unregelmäßigen Zwischenräumen plötzlich einsetzende Ohnmachtsanfälle und sehr hartnäckige Schmerzen im Nacken, die sich ebenfalls zeitweise zu steigern pflegen. Organisch keinerlei abnormer Befund außer einer deutlichen Druckempfindlichkeit der Ansatzpunkte der tiefen Nackenmuskulatur beiderseits. Vater ein sehr nervöser reizbarer Mann, Mutter angeblich gesund. Zunächst versuchte ich, mit körperlichen Maßnahmen ihr beizukommen. Da diese Behandlung nicht zum Ziele führte, so wurde eine zunächst rein analytische Behandlung eingeleitet, die aber später im wesentlichen in der Hypnose, und zwar teils im Halbschlaf, teils in tiefer Hypnose durchgeführt werden mußte, da gewisse Komplexe anders nicht, wenigstens nicht in der zur Verfügung stehenden Zeit, zu finden waren. Das hervortretendste Symptom, die Nackenschmerzen, waren im Anfang des 20. Lebensjahres bei ihr aufgetreten, und zwar im unmittelbaren Anschluß an eine Influenza. Auch hier ist also die anfängliche körperliche Ursache klar. Von sonstigen Krankheiten weiß sie nur anzugeben, daß sie mit 11 Jahren einen Gelenkrheumatismus und in früheren Jahren einmal eine heftige Unterleibsentzündung gehabt habe, und daß die letztere ihr besonders großen Eindruck machte. Die Nackenschmerzen pflegten zwischen Weihnachten und Ostern besonders stark zu sein. Verstärkt wurden sie ferner auch durch eine sogenannte Massagekur seitens eines Kurpfuschers, der die Patientin überflüssigerweise besonders viel in der unteren Bauchgegend massierte. Dadurch befand sie sich dauernd in einer starken sexuellen Erregung. Das war kurz nach der Influenza.

Vor dem Vater hatte sie als Kind große Angst, da er oft betrunken war und dann allerlei unschöne Gepflogenheiten hatte, auch zeitweise sehr grob wurde. Doch empfand sie daneben eine große Liebe zu ihm, und die

unmittelbar auslösende Ursache der jetzigen Verstärkung der Schmerzen, die sie zu mir führte, war ein Aufenthalt beim Vater mit einer Reihe starker Erinnerungen an die Kinderzeit und an einen jungen Mann, den sie als junges Mädchen liebte und der, wie der Vater, an der See wohnte. Ihre Sehnsucht nach der See war dauernd sehr groß.

Am 4. März 1913 wurde, da die Nackenschmerzen nach ihrer Angabe besonders unerträglich waren und irgend welche wesentlichen Ursachen sich dafür auch auf Grund der bisherigen Besprechungen im Wachzustande nicht finden ließen, zum ersten Male eine leichte Hypnose eingeleitet. Sie sagte darin: „Wenn ich in der Kindheit suche, kommt mir immer wieder ein junger Mensch in Erinnerung, und zwar mit einer auffallenden Beharrlichkeit. Ich kann mir gar nicht denken, daß er irgend etwas mit mir gemacht hat. Es war ein Student, der bei meinem Vater als Gehilfe in der Apotheke war. Ich muß damals 8—9 Jahre alt gewesen sein."

6. März 1913. Sie glaube, mit dem Studenten habe irgendein Geruch etwas zu tun. Sie sei immer als Kind so toll aufs Riechen gewesen. Auch an einem Onkel sei ihr dessen Geruch immer besonders sympathisch gewesen. Dieser Onkel war ihr die Erfüllung des Ideals, das sie eigentlich vom Vater dargestellt haben wollte, dem dieser aber infolge seines Trinkens nicht entsprach.

10. März 1913. Traf zufällig gestern eine alte Bekannte. Diese erschien ihr dann im Traum wieder, und dadurch erinnerte sie sich an deren Bruder. „Das war damals ein kleiner Junge, als ich auch noch ein Kind war. Ich war in unserem Garten mit einer Kameradin; da kam dieser Junge, und das Mädchen veranlaßte ihn, ihr etwas zu zeigen. Er verrichtete seine Notdurft. Wir sahen zu. Das Mädchen besah sich alles genau und befühlte es auch und sagte mir, daß sie das öfters gemacht habe. Ich war damals 7—8 Jahre und hatte ein deutliches Schuldgefühl dabei. Ich weiß auch, daß ich als Kind einmal einen steifen Hals hatte."

29. März. Es sei gestern mit den Nackenschmerzen besser gewesen. Da sei aber eine frühere Lehrerin von ihr gekommen, und in dem Augenblick seien die Schmerzen wieder ganz stark gewesen. Im Halbschlaf sagt sie dann unter ziemlich starker Erregung, sie habe für diese Lehrerin lebhafte Empfindungen gehabt. Das Fräulein sei immer sehr geniert und sehr leicht errötet. Sie hätten sich ein Vergnügen daraus gemacht, sie rot werden zu lassen. Sie habe auch in ihrer Familie etwas verkehrt, da sie entfernt verwandt gewesen sei. „Sie war aber nicht meine Klassenlehrerin, sondern mußte diese vertreten. Die letztere war ein Scheusal." Patientin fängt dann plötzlich zu lachen an, kann keinen Grund dafür angeben. „Die andere Lehrerin war so ungerecht, sie hat mich immer im Malen ausgenützt, hat mir oft Arbeiten aufgetragen, bei denen ich Schmerzen bekam infolge der langen Dauer des Malens." Fängt dann an, sich unruhig hin und her zu bewegen. Es fallen ihr jetzt andere Szenen aus jener Schule ein, wo sie mit ihren Freundinnen allerlei sexuelle Sachen gemacht hatte, z. B. sich Pflaumen unter die Röcke geworfen, die sie dann hochgehoben und dabei gegenseitig die Genitalien besichtigt hätten.

Am 30. März. Im Halbschlaf: „Die Lehrerin war bei der Mutter zu Besuch. Damals sollten wir auf den Boden mit anderen Kindern spielen gehen, und dann ist irgend etwas passiert. Ich hatte ein furchtbar schlechtes Gewissen und ging an einen Kasten mit spanischen Fliegen (Vater war Apotheker) und habe darin herumgewühlt. Ich habe jetzt wahnsinnig starke Schmerzen im Nacken, und jetzt fällt mir ein, daß, als ich in dem Kasten herumwühlte, der

Deckel zuklappte und mir auf den Nacken fiel. Oben auf dem Boden haben wir damals auch solche Sachen wie in der Schule gemacht."

Am 1. April. In den letzten Tagen viele Gedanken wegen ihrer Freundin, mit der sie zusammen lebt, die auf mich eifersüchtig ist, weil sie so oft zu mir komme. Die Nackenschmerzen quälen sie noch sehr, eigentlich mehr als vorher. Sie hatte in der Nacht einen Traum, wie schon einmal, von einer abgeschnittenen Hand, an der sie operieren mußte. „Es war mir grausig. Ich mußte sie wieder an den Armstumpf ansetzen. Die rechte Hand hatte ich schon fertig und überlegte mir, jetzt paßt doch die andere nicht mehr daran." Im Halbschlaf fallen ihr allerlei Szenen mit der Freundin ein, wobei sie gegenseitige Masturbation ausübten. Sie habe der Freundin gegenüber nachher immer das Gefühl gehabt, daß da etwas sich nicht paßte, so wie sie es im Traum bezüglich der Hand gehabt habe. Sie wird sehr erregt, weint und erklärt, sie habe sich dauernd die furchtbarsten Vorwürfe gemacht.

Ferner kommt ihr nunmehr ein Traum in die Erinnerung, aber nichts weiter, als daß der Name Lodi darin vorgekommen sei. „Dieser Name ist mir kürzlich auch mal plötzlich gekommen, als ich auf Ihr Haus zuging, zugleich fiel mir ein, daß ein Vorlegeschloß an einer Gartentür im elterlichen Hause nur geöffnet werden konnte, wenn man das Wort Lodi damit zusammensetzte. Am Tage nach diesem Traum kam mir das Bild von meiner kleinen Schwester in Erinnerung mit einem Hündchen. Jetzt sehe ich immer ein kleines dickes Kinderhändchen, das Kind in rot- und schwarzkariertem Kleidchen, das sich in die Höhe strammt. Aber weiter komme ich nicht mit diesem Bild. Dann erinnere ich mich immer an einen Wald, wo wir Beeren pflückten. Da war ein Dorfjunge, der dasselbe tat. Er hat mich veranlaßt, mich ihm körperlich zu zeigen. Es war mir später immer unangenehm, ich hatte stets Angst vor ihm. Der Student war zu jener Zeit, als meine Schwester so klein war, bei uns im Hause."

10. April. Es kommen ihr wieder einige Visionen blitzartig. Sie sieht zuerst ein Bild vor sich, wie sie bei der Großmutter an einer Flasche roch, dann komme ihr die Erinnerung, daß sie von dem Studenten gerufen wurde, daß er in der Türe stand, „und wenn ich an ihn denke, muß ich immer an einen gewissen Geruch denken. Ich habe immer eine große Vorliebe für Chloroform gehabt, so daß ich überall daran roch, wo es möglich war. Ich habe oft in der Apotheke meines Vaters zu diesem Zweck alle Flaschen berochen. Zugleich hatte ich dabei immer ein Singen in den Ohren. Es war wie ein Rausch. Ich glaube sicher, der Student hat etwas da mit mir gemacht. Aber es ist ja nur eine Vermutung. Ehe der Student da war, hatte ich nie eine solche Vorliebe für Chloroform. Er starb kurz nachher. Heute Morgen schon erinnerte ich mich dunkel an das Chloroform und dachte gleich: Ich muß wieder zum Doktor gehen und ihm das sagen", und es seien hierauf auch wieder Herzklopfen und vor allem auffallend starke Nackenschmerzen entstanden.

Am 12. April lasse ich sie einige Tropfen Chloroform einatmen. Sie wird dabei maßlos erregt, verfällt sofort in einen somnambul-hypnotischen Zustand, wirft sich hin und her, macht Abwehrbewegungen, hat aber den Rapport mit mir vollkommen verloren, so daß Erinnerungen nicht aus ihr herauszuholen sind.

15. April. Die Nackenschmerzen waren in den letzten Tagen furchtbar, manchmal wie ein Druck in der oberen Brustgegend. „Vorgestern kamen zwei Schwestern, die mit uns schwatzten. Während ich auf das hörte, was die eine sagte, ging mir plötzlich durch den Kopf: der Student hat mich doch immer

die Hofdame genannt. Ich weiß nur, daß ich damals immer bei Hofe spielen mußte, und daß wir dann immer sehr spät nach Hause kamen. Jede Nacht bin ich jetzt vor zwei Uhr aufgewacht und habe bis vier Uhr wach gelegen, hatte dabei immer Leibschmerzen. Dabei kamen mir einige Bilder, wie ich Unterleibsentzündung hatte. Ich hatte nämlich in dieser Zeit meiner Kindheit Gelenkrheumatismus und Unterleibsentzündung. Als der Student da war, war ich 9½ Jahr alt, die Erkrankung trat mit 10 Jahren auf. Nachher war ich lange Zeit, wie man sagt, skrophulös."

Bei dem nochmaligen Vorhalten der Chloroformflasche sagt sie, sie fühle sich ganz deutlich noch einmal an die Zeit erinnert, wo sie als Kind an einen solchen Flasche gerochen habe.

17. April. Gestern morgen furchtbares Nackenweh. Am 15. nachts hatte sie einen Traum: „Ich ging mit einem jungen Mann von der Apotheke die Straße nach dem Dorf hinunter; es fing an zu dämmern. Ich drehte mich noch mal nach meiner Mutter herum, die sah uns vom Fenster aus nach. Ich ging gern mit, wunderte mich aber, daß die Mutter uns allein gehen ließ. Aufgewacht bin ich von einem heiseren Kreischen, das ich ausstieß. Dann fiel mir noch ein, was ich schon vor 8 Tagen geträumt habe, daß ich gerade noch einen ganz kurzen Moment erhaschen konnte, wo mir ein Stück eines kindlichen Körpers erschien, Oberschenkel und Geschlechtsteile, als wenn das Kind auf einem Tisch läge, und ich sehe in Augenhöhe, vielleicht etwas höher, die Geschlechtsteile. Irgend etwas Genaueres weiß ich aber nicht davon zu sagen." Aufgefordert, zu dem jungen Mann im Traum Assoziationen zu bringen: „Mutter aus dem Fenster sah uns nach. Ich weiß aber nicht, wer es war; er hatte einen steifen schwarzen Hut auf und einen Überzieher an." Sie wird dann noch mal im Halbschlaf darauf eingestellt und sagt: „Das war wie so ein großes Brett, wo das Kind darauf lag. Es lagen darin aber auch noch Siebe, und es war eine sogenannte Stoßkammer, die zur Apotheke gehörte. Es ist mir so, als ob er mich darauf gesetzt hätte. Ich habe ja immer offene Hosen getragen, daß er sich davon vielleicht gereizt gefühlt hat. Er hat sich ja sehr viel mit mir abgegeben. Meine Mutter hatte das nicht sehr gern."

20. April. Sie habe verschiedene Träume gehabt, habe darin allerlei Bilder gesehen, hauptsächlich Landschaften. „Einmal hockte ich als Kind vor einem Schränkchen und holte mir da immer Heftchen mit Bildern heraus und sah sie mir an. Mein Vater sagte, ich solle mich doch an den Tisch setzen. Ich blieb aber hocken. Plötzlich ging eine Türe auf und ein Bekannter kam herein. Dann ging ich mit Fräulein K. (ihre Freundin); die Laternen brannten. Ich führte sie und hatte einen zusammengefalteten Bogen mit rosa Papier und Bildern darin in der Hand. Es waren kleine Silhouetten. Ich sah mir die Bilder an. Hinter uns spielte Militärmusik. Fräulein K. sprach fortwährend mit mir. Ich sagte plötzlich: ‚Was ist das für eine Melodie, ich kenne sie und doch wieder nicht.' Fräulein K. sagte: ‚Du bist unausstehlich, du hörst ja gar nicht, was ich dir sage.' Die nächste Nacht träumte ich, Fräulein K. und ich kamen von Ihnen. Ich hatte einen ganz dicken Pack von Bildern. Die Behandlung bestand darin, daß wir Bilder malen mußten. Ich blätterte darin herum, griff ein besonders gut gemaltes Bild heraus und sagte: ‚Ist das nicht wunderschön gemalt?' Es war von Ihnen. Die Bekannte sagte: ‚Ich kann nicht sagen, daß mir das besonders gefällt. Es ist mir zu genial.' Dann saß ich an einem Tisch und sah mir einige Stöße von Bildern an. Ich habe also viermal von Bildern geträumt. Als ich heute morgen aufgewacht war, schlief ich

noch mal kurz ein, und da zeigte ich jemand meine Hand und sagte, die Wunde in der Mitte der hohlen Hand, die von Ihnen gemacht war, müsse durch und durch gehen, so hätten Sie gesagt. Ich nahm Fräulein K.s Obstmesser und bohrte darin herum und sagte dann schließlich: ‚Das ist unmöglich, ich glaube, das kann nur Dr. Mohr machen.' Die Silhouetten waren Zwerge, kleine schwarze Figürchen. Zu der letzten Hypnose ist mir noch dunkel eine Erinnerung gekommen. Hinter dem Haus war ein großer Hof und ein Holzschuppen und dahinter gleich ein Park. Dort ist so eine dunkle Wildnis. Mir ist so, als ob ich mit dem Mann, dem Studenten, hinter dem Holzschuppen gewesen wäre und als ob Vater dann hinter dem Zaun gestanden hätte und wäre furchtbar ärgerlich gewesen. Was ich aber gemacht habe, davon habe ich keine Ahnung. Der Student hat vielleicht öfter etwas mit mir gemacht, meine Großmutter muß damit im Spiele gewesen sein, denn ich muß immer an sie denken, wenn ich an diese Sache denke." Im Halbschlaf: „Ich meine, sie haben abends, als sie mich zum Abendessen haben wollten, nach mir gesucht. Das Nachbarskind hat mich in den Holzschuppen hineinkriechen sehen und hat es Vater gesagt, mehr weiß ich nicht. Vielleicht hat der Kerl in ein Rosenfläschchen Chloroform getan und mich betäubt. Ich erinnere mich nur noch aus einem Traum, daß ein Fläschchen zu Boden gefallen ist und geklirrt hat. Mir fällt ein anderer Traum von heute nacht ein: Ich ging auf der Straße und sah in einen Laden hinein, und da waren lauter weiße, gleich große Kartons übereinander aufgeschichtet und auf jedem stand dasselbe: F. Uhlt. Dann noch etwas Komisches. Eine Dame, die manchmal zu uns ins Geschäft kommt, kam mit ihrer Tochter und wollte sich scheinbar etwas an einer Tischdecke weiterhelfen lassen. Diese Tochter stand links, die Dame rechts. Ich erklärte der Tochter etwas und schlug dabei die Mutter ins rechte Auge mit der Hand ohne zu wollen. Mir war das unangenehm. Das Auge tränte. Sie sagte aber: ‚Das ist nicht schlimm, das habe ich gleich wieder in Ordnung.' Sie drückte das Auge mit beiden Händen zusammen, so daß der Augapfel so groß wie ein Ochsenauge wurde. Da zeigte sich an der Ecke, wo der Tränenpunkt ist, ein kleines Beutelchen mit einem Löchelchen, da kam ein weißes Zeug heraus, das fiel auf unsere Tischdecke, und die Dame sagte: ‚So, jetzt ist es wieder gut.' Ich legte dann die Decke noch zusammen, und dann war es fertig." Unmittelbar nach der Hypnose sagt sie weiter: „Ich bin, nachdem man mich gerufen hatte, hereingegangen, und da hatte er ein Fläschchen mit Rosenöl, an dem er mich riechen ließ. Das wollte ich gern haben. Da steckte er es in die Tasche und rannte immer ein paar Stufen auf einmal die Treppe herauf bis in sein Schlafzimmer durch die Küche. Dort ließ er mich wieder riechen. Weiter weiß ich dann nichts. Es ist mir so, als hätte er mich auf das Bett geworfen. Ich meine, er hätte die Türe noch zugeschlossen. Diese Bilder tauchten in der Hypnose ganz ruckweise in mir auf. Ich glaube, meine Großmutter war mit meiner kleinen Schwester im Garten."

Ein Bild fällt ihr noch weiter ein: „Ich mußte immer über den Traum mit der Inschrift nachdenken. Da kam mir ein Bild, wie ich zu Hause bei Großmutter saß und ein Bild in einem Buch ansah, das nur bei besonderen Gelegenheiten hervorgeholt werden durfte. Ich hatte dabei das Halstüchelchen um, es ermüdete mich im Nacken, und ich wurde überhaupt müde."

24. April. Traum in der vergangenen Nacht: „Ich sah eine Dame gehen in ein Haus. Da war in ein paar Meter Höhe ein Vorsprung von Ziegelsteinen, auf dem ging die Dame, was in Wirklichkeit aber unmöglich gewesen wäre. Sie hielt sich dabei an der Hausmauer." Daran schloß sich ein zweiter Traum:

„Ich ging an einem Teich vorbei. Jenseits davon war ein wundervoller Hochwald. Zuerst war noch irgend jemand dabei, und ich sagte: ‚Was ist das herrlich!‘ Da war noch etwas ganz Komisches. Eine große hölzerne Figur, die einen länglichen Klotz als Körper, zwei Balken als Arme und zwei als Beine hatte. Die Figur wurde von einem Flaschenzug bewegt und bewegte sich auf ein männliches Kommando. Nachher bewegte sie sich aber selbständig. Es war wie lebendig, bewegte sich unter Wasser und dann wieder herauf. Es war viel größer als ein Mensch. Ich hörte den Studenten lachen, er machte so komische Gesichter dazu. Schließlich hopsten um mich herum lauter solche Figuren, die Purzelbäume schlugen. Ich dachte, die schlagen dich ja tot, denn sie waren alle sehr groß. Dann hopsten auch lauter Büsten und Statuen mit. Der große Koloß schwamm im Wasser und unter dem Wasser und schnitt so komische Gesichter.“

Aus den Assoziationen zum letzten Traum ergibt sich ganz klar, daß sie sich darin mit den sexuellen Gedanken, die das Erlebnis mit dem Studenten in ihr ausgelöst hatte, beschäftigt.

26. April. Es sei ihr gar nichts mehr von Erinnerungen gekommen. Die Nackenschmerzen seien ganz furchtbar. Nach wenigen Tropfen Chloroform sofort wieder lebhafte Affektbewegungen im Sinne von Abwehr und Koitusbewegungen. Sofort ganz tiefe Hypnose. In der Hypnose kein Rapport. Nach der Hypnose hat sie das Gefühl, etwas erlebt zu haben, weiß aber nichts mehr davon. Es sei ihr so schwer, als ob etwas auf ihr läge. Darauf nochmals Hypnose mit Suggestion, daß sie wieder an alles dies sich erinnern werde. Darauf erzählt sie in der Hypnose: „Er hat mir die Kleider hochgehoben, sich dann auf mich gelegt. Er lag furchtbar schwer auf meinen Beinen und allem, besonders hatte ich nach dem Erwachen auch furchtbare Schmerzen. Sie habe gefühlt, daß er in sie einzudringen versuchte. Sie habe jetzt während des Liegens dauernd starke Schmerzen im Leibe gehabt. Ich sah dann, daß er wieder aufstand, erinnere mich auch, daß ich seinen Penis gesehen habe. Er muß im Hemd gewesen sein, denn ich habe eine weiße Gestalt in Erinnerung. Die Erinnerung an sein Aufstehen kam eher als die anderen. Er nahm mich dann auf. Dabei faßte er mich mit seinen ekligen Händen um den Hals und setzte mich auf seinen Schoß und sagte, ob es mir nicht gut sei, und ich sollte niemand etwas davon sagen. Sie habe auch noch die Erinnerung, daß er mit den Händen sich unten angefaßt habe.“ Nach dieser Erzählung fühlte sie sich wesentlich leichter.

29. April. Am Tage nach dem Hochkommen der ganzen Szene sei es ihr wunderbar leicht zumute gewesen. Sie habe immer mit der Achsel gehoben, um zu sehen, wie leicht die sei. Aber jetzt sei es wieder viel schlimmer. Die ganze Geschichte liege wie ein Alp auf ihr. Es sei ihr ganz schrecklich, daß sie jetzt alles wisse, es wäre ihr viel lieber, es nicht zu wissen; es sei ihr alles viel deutlicher geworden als am 26. Zuerst sei es ihr direkt nachher furchtbar schlecht gewesen, auch hätte sie starke Schmerzen im Leib gehabt. Jetzt habe sie so ein furchtbares Spannen im Gesicht. Sie habe jetzt die Regel, die früher gekommen sei als sonst. Die Schmerzen, die sie während der letzten Hypnose im Leibe gespürt habe, seien schließlich ins Unwohlsein übergegangen. Von dem Akt selbst erinnere sie sich nur noch eines dumpfen Gefühls, während nach dem Aufstehen des Menschen die Erinnerung wieder bildmäßig sei. Ein solches Bild sei auch, daß er das Fläschchen nahm und in die Tasche steckte. Sie möchte gern wissen, was es mit der Großmutter für eine Bewandtnis habe. Nach der Einleitung der Hypnose, die jetzt ohne alle

Zeichen von Erregung gelingt und worin sie ganz ruhig liegt, sagt sie, sie müsse sich in jener Zeit erkältet haben, als die Geschichte mit dem Studenten spielte, und es sei ihr wahrscheinlich, daß die Erinnerung an das Zeichnen eines Bilderbuches durch die Großmutter bei steifem Hals auch mit dem Nackenschmerz zu tun habe.

1. Mai. Zuerst sei sie sehr vergnügt hier weggegangen, allmählich sei aber durch einen Traum wieder eine Störung gekommen: „Ich war auf einem Bodenraum und stieg von da noch eine Treppe hinauf. Jetzt kam ich auf eine Niederlage des Geschäfts. Ich hatte das sonderbare Gefühl, ich müsse da hinein, war neugierig. Und indem ich aufwachte, dachte ich: ‚Den Traum erzählst du dem Doktor nicht.' Ich hatte dann in der Nacht ein furchtbares Angstgefühl. Ich weiß bestimmt, daß der Mensch mich mehrmals mißbraucht hat. Im übrigen sei sie jetzt über die Sache ganz ruhig, nachdem sie das letztemal wieder mit mir darüber gesprochen habe." In der Hypnose gibt sie an: dreimal dieselbe Situation. 1. „Auf den Boden bin ich ihm nachgegangen. Es waren allerlei Salben, Töpfe und sonstige Gegenstände da. Und da war er gewesen. Ich sehe erst jetzt, wie viele Schuld ich selbst habe. Er packte da oben etwas aus. Ich habe ihn um den Hals genommen. Erst hat er mich auf eine Kiste gesetzt, und dann hat er sich mit mir hingesetzt, hat mir vorn die Kleider aufgemacht, und mich jedenfalls unten hingefaßt. Ich habe mir das ruhig gefallen lassen. Er hatte den Arm um mich geschlungen. 2. Hinter dem Zaune. Da fiel mir ein Ball in den Park, und da ist er mitgegangen. Er hat den Ball aufgenommen, und ich habe ihn um den Hals gefaßt. Er hat mich dann wieder unten angefaßt. 3. Dann wieder in der Niederlage. Dort waren hohe Regale mit Fächern, und da hat er dasselbe mit mir gemacht. Das Bild in der Niederlage habe ich nur ganz verschwommen, die anderen aber ganz klar. Dann wollte ich noch etwas erzählen, was ich lange auf dem Herzen habe: ein Bild von einem Kind mit rotkariertem Kleidchen. Ich harkte im Garten das Beet und das Kind (mein Schwesterchen, das jüngere) lag auf der Erde. Da kam mir der Gedanke, ihm mit der Harke den Kopf abzuschlagen."

Im weiteren Verlauf der Behandlung trat dann eine allmähliche mit der zunehmenden Verarbeitung obiger Erinnerungen ungefähr schritthaltende Besserung der Nacken- und sonstigen Schmerzen auf, die nur noch einmal stärker wurden, als die Freundin, mit der sie zusammen lebte, schwer erkrankte. Sie gab selber an, jedesmal, wenn sie das Gefühl habe, es liege seelisch etwas schwer auf ihr, seien auch die Nackenschmerzen wieder schlimmer. Sie hatte Gelegenheit, eine alte Tante, die in der Zeit, wo der Student bei ihnen im Hause war, viel dorthin kam, zu sprechen und erfuhr von ihr, daß die sogenannte Unterleibsentzündung eine Tatsache gewesen sei, und daß der Arzt gesagt habe, es sei eine rätselhafte Geschichte. Es ist wohl kein Zweifel, daß es sich dabei entweder um einen Tripper oder aber um eine sonstige schwere Schädigung durch die forcierten Koitusversuche gehandelt hat.

Die Behandlung konnte, da die Nackenschmerzen allmählich vollkommen verschwanden und das Allgemeinbefinden sich ebenfalls sehr gebessert hatte, abgebrochen werden. Sie kam dann 1914 noch 2—3mal wegen heftiger „Ischias" zu mir, ohne daß objektive Zeichen für eine solche vorhanden gewesen wären. Einfache Hypnose mit entsprechenden Heilsuggestionen halfen schnell die Schmerzen zum Verschwinden zu bringen. Sonst ging es ihr dauernd sehr gut. Zuletzt habe ich die Kranke 1915 noch einmal gesehen. Es ist für die Beurteilung solcher Fälle wichtig, was sich dabei wieder beobachten ließ, nämlich die Tendenz, sexuelle Erregungen sofort in Schmerzen umzusetzen. Sie kam

mit heftigen Schmerzen auf der Oberseite des rechten Oberschenkels zu mir. Da einfache Hypnosen diesmal nicht halfen, so analysierte ich wieder im Halbschlaf, und auch diesmal fielen ihr jedesmal einzelne Stücke von Erinnerungen ein. Sie war anfangs des Sommers an der See bei ihrem Vater und befand sich diesem gegenüber in einer starken Affekteinstellung, war überhaupt in einer gewissen Erregung. Dort traf sie auch mit einer Bekannten zusammen und machte mit ihr manchmal Ausflüge. Eines Tages hätten sie eine Segelbootfahrt gemacht, waren nachher auf dem Heimweg auf einem Hügel stehen geblieben. Von dort sahen sie vier nackte Männer baden. Sie selbst ging weiter. Aber die Freundin holte sich einige Butterbrote heraus, setzte sich dort oben hin und konnte sich nicht satt sehen an dem Anblick, bis sie sie holte und fragte, ob sie noch nicht genug davon hätte. In derselben Nacht bekam sie heftige Schmerzen im Leib, und am nächsten Tage waren die Schmerzen in den Beinen da. Übrigens bekam auch die Bekannte selbst starke Schmerzen im Leib. An demselben Tage hatte sie sich auf einer Bootsfahrt auch wieder an ihren Geliebten erinnert und daran, daß er ihr bei einer solchen Gelegenheit die Hand auf das rechte Bein gelegt hatte. Es hatten also in diesem Fall äußere sexuelle Anregungen, Erinnerungen durch Milieu und Vaterkomplex zusammengewirkt, und nachdem ihr das klar gemacht worden war, verschwanden auch die Schmerzen.

Erwähnung verdient in diesem Abschnitt noch eine Art des Vorgehens, die J. H. Schultz als „inhaltloses Abreagieren" bezeichnet und deren Eigenart darin liegen soll, daß der Patient in längeren Sitzungsreihen durchaus nicht irgend welche faßbaren Inhalte bringen kann, sondern einfach allmählich eine zuständliche Wandlung erlebt, die eine Art psychischer Funktionsumstimmung darstelle.

E. Die Freudsche Psychoanalyse.

Die kathartische Therapie, von Breuer zuerst systematisch angewandt und von Freud auf eine persönliche Anregung Breuers hin weiter erprobt, war auf der Voraussetzung der Hypnotisierbarkeit des Patienten aufgebaut. Ihre therapeutische Wirksamkeit sahen die Autoren in der Abfuhr der bis dahin eingeklemmten Affekte, im Abreagieren. Da die Hypnotisierbarkeit nun in einer Reihe von Fällen nicht oder nur in geringem Maße vorhanden ist, so war dadurch schon für eine Anzahl von Kranken das Verfahren nicht möglich. Außerdem ist Freud der Ansicht, in gewisser Beziehung werde durch die Hypnose der Widerstand gegen das eigentliche Geheiltwerden bzw. gegen das Aufheben infantiler Situationen deswegen gesteigert, weil die Hypnose selbst eine kindliche Situation sei. Diese Ansicht hat zweifellos wenigstens für bestimmte Fälle eine gewisse Berechtigung, wenn ich auch auf der anderen Seite betonen muß, daß sie nach meiner Erfahrung durchaus nicht allgemein zutrifft, besonders nicht für leichtere Fälle. Jedenfalls sah sich Freud[1])

[1]) Über alle Einzelheiten der Freudschen Theorien, ihre Begründung, Auswirkung und Kritik müssen die Schriften Freuds und seiner Schüler und Gegner nachgelesen werden. Wir können hier nur in gröbsten Umrissen das Allerwesentlichste herausheben. Sonst vergleiche man die Lit.

vor die Notwendigkeit versetzt, nach anderen Möglichkeiten, an das unbewußte Erinnerungsmaterial heranzukommen zu suchen.

Die Methodik. Die Einfälle.

Einen solchen Ersatz fand er in den Einfällen der Kranken. Er läßt daher den Kranken sozusagen selbst das Thema der täglichen Arbeit bestimmen und geht dabei von denjenigen Vorstellungen aus, die jeweils dem Patienten gerade einfallen. Die äußeren Hilfsmittel, deren er sich dabei bedient, sind folgende: Der Kranke nimmt eine bequeme Ruhelage auf einem Ruhebett ein, der Arzt sitzt hinter ihm, seinem Anblick entzogen. Er vermeidet jede Berührung oder jede andere Prozedur, wie sie bei Hypnose üblich ist. Die Sitzung gleicht also einem Gespräch zwischen zwei wachen Personen, nur daß die eine sich in einer Ruhelage und Muskelentspannung befindet, die störende und ablenkende Sinneseindrücke möglichst ausschließt, so daß sie ihre Aufmerksamkeit ganz dem zuwenden kann, was an Bildern sich in ihr abrollt. Das einzige, was vom Patienten verlangt wird, ist, daß er bedingungslos alles sagt, was ihm durch den Kopf geht, auch wenn er es für unwichtig, unsinnig oder ungehörig hält. Er soll also eigentlich sprechen, wie wenn niemand dabei wäre, vor allem soll er die moralische Beurteilung dessen, was ihm einfällt, gänzlich unterlassen, also sich nicht durch den Gedanken, eine Mitteilung könnte ihn kompromittieren, abhalten lassen, sie auszusprechen. Der Arzt soll sich dabei vollkommen zuwartend und passiv verhalten und besser sich während der Unterhaltung keinerlei Notizen machen (eine Vorsicht, die ich übrigens für überflüssig halte), damit der Kranke nicht irgendwie dadurch gestört werde.

Während der Erzählung läßt sich nun bei dem Kranken allerlei beobachten: das Material kommt bald flüssig, bald stockend zum Vorschein; in der Krankengeschichte zeigen sich an bestimmten Stellen größere und kleinere Lücken, die zunächst sich nicht ausfüllen lassen; an anderen Stellen treten mimische oder sonstige Ausdrucksbewegungen auf, der Patient gähnt oder lacht oder macht Bewegungen mit Händen und Füßen, am Halse kann man die Karotidenbewegung und an dieser manchmal das Auf- und Abschwellen des Affekts verfolgen. Manchmal hält der Kranke plötzlich inne, spricht dann wieder sehr erregt weiter, stöhnt, seufzt, springt auf, wirft sich hin und her, die Stimmodulation wechselt an verschiedenen Stellen, er erklärt, nicht mehr weiter reden zu können, von einem starken Schlafbedürfnis befallen zu werden, zu erregt zu sein, um sprechen zu können, kurz, er zeigt das Verhalten eines Menschen, durch den neben dem Erzählten eine Reihe von Affekten durchgehen, die sich irgend einen äußeren Ausdruck suchen. Diese Äußerungsformen gilt es ebenso zu beobachten, wie die Art, den Inhalt

und die Reihenfolge des Erzählten. Oft werden Dinge, die zusammengehören, weit auseinandergerissen und Nichtzusammengehöriges unmittelbar nacheinander erzählt. All das zeigt, daß in dem Patienten nicht nur allgemeine Affekte vorhanden sind, sondern daß in ihm gegen das Auftauchen bestimmter Erinnerungen ein starker Widerstand sich geltend macht und daß die Einfälle, die er vorbringt, oft nur Ersatzbildungen für das sind, was er zur Zeit noch nicht wirklich sagen kann, aber immerhin Ersatzbildungen, die mit dem Gesuchten in einer gewissen assoziativen Verbindung stehen. Je nach der Stärke des Widerstandes sind die Ersatzbildungen bald mehr, bald weniger deutlich erkennbar. Die Gründe für diesen Widerstand liegen auf ethischem, ästhetischem und sozialem Gebiet, d. h. der Kranke und der Mensch im allgemeinen hat die Neigung, so zu sein oder zum mindesten nach außen zu scheinen, wie es diese uns von früh auf einprägten und seit langen Generationen schon in uns festgelegten Normen fordern. Wir sind durch diese Normen gezwungen, Erlebnisse, Gedanken und Wünsche, die ihnen widersprechen, als ungehörig, entwürdigend oder lächerlich machend aus unserem Bewußtsein hinauszuschieben, sie, wie Freud es nennt, zu verdrängen. In jedem ist dieser Prozeß seit frühester Kindheit an der Arbeit und wird gefördert durch die ganze Art unserer Erziehung, Gesetzgebung und Konvention. Wie stark solche Widerstände sein können und wie sie sich oft in den sonderbarsten Formen äußern, dafür folgendes Beispiel:

Fräulein H., Lehrerin, ist etwa dreimal bei mir in Behandlung gewesen, kommt dann eines Morgens in die Sprechstunde. Auf meine Aufforderung, Platz zu nehmen, sagt sie: „Nein, ich muß Ihnen zunächst sagen, daß ich kein Vertrauen mehr zu Ihnen habe.“ Ich bleibe ruhig und ersuche, trotzdem Platz zu nehmen und sich näher darüber zu äußern. Darauf sie: „Nein, ich muß Ihnen noch weiter sagen: ‚Sie sind mir überhaupt unsympathisch.‘“ Ich: „Das ist bedauerlich, aber dafür kann ich ja nichts.“ Sie: „Nun, dann will ich Ihnen auch noch das letzte sagen: ‚Schon rein äußerlich stoßen Sie mich ab.‘“ Ich: „Dafür kann ich am allerwenigsten. Also nun erzählen Sie doch mal.“ Sie: „Nein, erzählen kann ich das nicht, es ist mir zu peinlich. Ich kann es Ihnen höchstens schreiben.“ Ich gebe ihr Bleistift und Papier und verlasse für kurze Zeit das Zimmer. Als ich wiederkomme, hat sie in fliegender Hast eine Seite voll intimster Bekenntnisse aufgeschrieben, überreicht mir das Blatt und sagt: „Gott sei Dank, nun ist es heraus. Ach, wissen Sie, eigentlich sind Sie mir doch ganz sympathisch.“

Es ist hier also ganz klar, daß der Widerstand gegen das Eindringen in die unbewußten Vorgänge triebhafter Natur sich zuerst in der Form der Abwehr gegen denjenigen geltend machte, der dieses Eindringen zu ermöglichen versuchte. In der groben Sprache bewußten Denkens ausgedrückt, könnte man etwa sagen: Das Unbewußte flüsterte dem Bewußten zu: „Sage, er sei dir unsympathisch und reize ihn namentlich dadurch, daß er dir körperlich unerfreulich sei, dann wird er dich hinauswerfen und du brauchst nichts zu reden.“ Durch meine gleichbleibende Ruhe wurde dieser

Kniff undurchführbar. Und wie das in solchen Fällen dann immer zu sein pflegt: das Unbewußte gibt nach, sobald es sich entlarvt fühlt. Nachdem dieser Vorgang sich abgespielt hat, tritt aber nicht nur das von früher her in den Tiefen des Unbewußten aufbewahrte Gedächtnismaterial zutage, sondern es kommt dann auch der zweite Faktor zum Bewußtsein, nämlich, daß sie ihren Affekt auf mich übertragen hat, was sie sich ebenfalls nicht eingestehen wollte und wogegen die vorhergehende Abwehr ebenfalls ein Mittel zur Selbstsicherung als gefährlich empfundenen eindringenden Affekten gegenüber gewesen war.

Der Grad der Verdrängung ist nun von verschiedenen Punkten abhängig: erstens von der Art des zu verdrängenden Erlebnisses, Wunsches, Gedankens: handelt es sich um eine ethisch, ästhetisch oder sozial sehr stark verpönte Reaktion, so wird man viel mehr geneigt sein, sie aus dem Bewußtsein hinauszuschieben, sie sich nicht klar werden zu lassen, als wenn sie uns relativ harmlos erscheint, z. B. wird ein geschlechtlicher Wunsch oder ein Todeswunsch irgend einem nahe stehenden Menschen gegenüber dem Bewußtsein unerträglicher sein als etwa eine, wenn auch kindliche, Ehrgeizphantasie; zweitens aber ist die Stärke der Verdrängung auch gebunden an die Intensität der Reaktionsweise überhaupt: der empfindsame Mensch reagiert auf relativ geringfügige Reize auch in dieser Hinsicht unendlich viel stärker als der weniger sensible, was man besonders deutlich z. B. bei der Einstellung zum Onanieren sehen kann, das ja für den robusten Menschen nichts als eine Episode, für den sensiblen aber häufig eine Summe schwerster, das ganze Leben hindurch wirkender Schuldgefühle bedeutet.

Das verdrängte Material bleibt als eine Art von Fremdkörper in der Tiefe des Seelenlebens liegen und kann nur in Form von Symptomen irgend welcher Art sich Luft machen.

Die psychischen Kräfte, die die Verdrängung herbeigeführt haben, zeigen sich nun also in dem Widerstand, der sich gegen das Wiederauftauchen des Verdrängten erhebt. Diese Widerstände aufzusuchen, klar zu machen und damit auch die unbewußten Konflikte und Spannungen zu lösen, ist also der Hauptteil der psychoanalytischen Arbeit. In den Einfällen sieht Freud die Abkömmlinge der verdrängten Erlebnisse, Wünsche und Gedanken. Sie sind auch sozusagen Symptome, eine Art Ersatzbildung für das Verdrängte, oder sie weisen doch irgend eine, wenn auch noch so entfernte Beziehung dazu auf. Es muß also möglich sein, aus den Einfällen das Verdrängte zu erraten. Dabei ist die Entstellung, die Umbildung des eigentlichen seelischen Inhalts um so größer, je größer der Widerstand ist.

Einige Beispiele mögen das erläutern:

Frau D. P., Kollegenfrau, kommt wegen heftiger Blasenschmerzen und Urindrang, die schon seit längerer Zeit bestehen und sich gegen Abend immer

verstärken, zu mir. Auf näheres Befragen gibt sie an, daß der Schmerz gewöhnlich abends um 7 Uhr anfange, warum wisse sie nicht. Darauf eingestellt, fällt ihr ein, daß um diese Zeit ihr Mann auszugehen pflege, daß sie sich immer darüber schwer ärgere, weil er meistens sehr spät nach Hause komme. Ich: „Also wollen Sie durch die Schmerzen erzwingen, daß er daheim bleibt?“ Sie: „Ja, und es hat doch nicht geholfen, obwohl ich gesagt habe: ‚Du siehst doch, wie starke Schmerzen ich habe.‘“ Er ist oft bis 3 Uhr weggeblieben. Nun versuche ich, ihr den Zusammenhang zwischen seelischer Erregung und Schmerzreaktion noch näher klarzumachen, und da erklärt sie plötzlich: „Ach, das hat ja mit meinen Schmerzen eigentlich nichts zu tun, denn die sind ja rein organisch.“ Sie bleibt auch die nächsten Tage bei dieser Behauptung und produziert verstärkten Schmerz. Erst nach nochmaliger gründlicher Besprechung, und nachdem ich ihr an Hand eines einzelnen Erlebnisses mit ihrem Mann ihre unbewußte Wut auf diesen noch einmal klar hatte demonstrieren können, ist sie zu der im Anfang scheinbar so rasch erfolgten Erkenntnis dauernd zurückzubringen. Man sieht daraus deutlich, wie der Affekt imstande ist, einen im Anfang rein instinktiv erfaßten Zusammenhang plötzlich wieder zu verwischen, und zwar in einem Grade, daß erst ein erneuter Affekt der Erkenntnis zu endgültigem Durchbruch verhelfen kann.

Herr B. kommt mit heftigen Schmerzen in den Enden der Finger beider Hände, aber auch der beiden Füße, zu mir. Er wurde lange Zeit von einer großen Zahl von Ärzten wegen Rheumatismus, Gicht usw. vergebens behandelt. Nachdem er anfangs immer wieder bestritten hatte, daß irgend welche seelischen Ursachen bei ihm eine Rolle spielen könnten, fällt ihm ein, daß er, wenn er erschrecke, an der Stelle der rechten Hand, wo er sich früher einmal verletzt habe, leicht Schmerzen bekomme. Wenn er etwas trinke, spüre er sofort nach dem Trunk oft Schmerzen in den Beinen. Darauf aufmerksam gemacht, daß dann doch wohl auch die jetzigen Schmerzen seelische Ursachen haben könnten, erzählt er, seine erste Frau, die an Diabetes gestorben sei, habe einige Zeit vor ihrem Tode zuerst auch über ähnliche Schmerzen geklagt und sei dann an Gangrän der Finger und einiger Zehen nach Operation gestorben. Er habe damals schon längere Zeit sexuelle Beziehungen zu seiner jetzigen Frau gehabt und ärgere sich darüber, daß diese so „kälberisch“ sei und ihm gar nichts zu bieten habe. Auch habe er durch die Schwester seiner Frau in letzter Zeit sehr viele Unannehmlichkeiten gehabt. Diese Schwägerin habe er ursprünglich heiraten wollen, habe ihr ein Geschäft gegründet; jetzt mache sie ihm Vorwürfe darüber und verlange Geld zurück. Auch beständen zwischen seiner Frau und deren Schwester schon lange starke Differenzen. Der Fall liegt also wohl klar; von früher her schon eine gewisse Tendenz zum Verlegen von seelischen Erregungen in die Extremitätsenden, dann Anblick der Frau und ihrer Schmerzzustände mit starkem Affekt und zwar einerseits mit Mitleid, andererseits mit Selbstvorwürfen wegen seiner Untreue ihr gegenüber, Selbstbestrafungstendenzen („Es geht dir auch wie deiner Frau.“). Diese Bahnungen treten aber erst in Aktion, als eine dauernde Spannung der zweiten Frau gegenüber im Sinne von Wut und Haß und sonstige äußere Unannehmlichkeiten die alten Schuldvorstellungen und Reuegefühle stärker hervortreten lassen. Erst nach dieser Aufklärung über die Zusammenhänge verlieren sich die Schmerzen und kehren nur einmal noch bezeichnenderweise in verstärktem Maße wieder, als er einmal längere Zeit im Sprechzimmer hatte warten müssen und wuterfüllt schließlich weggegangen war. Sie traten da in demselben Augenblick, als er die Türe des Wartezimmers hinter sich zuschlug, wieder

auf. Er kam triumphierend am nächsten Tage mit den erneuten Schmerzen zu mir und ging frei von Schmerzen weg, nachdem ich ihm auf den Kopf zugesagt hatte, die Schmerzen müßten gestern entstanden sein, weil er in der Wut über mich weggegangen sei.

Ein Junge von 9 Jahren, Sohn eines sehr zuverlässig beobachtenden Bekannten, wird durch die erregte Stimme seines mit der Mutter im Streit befindlichen Vaters wach, schreit ängstlich, beruhigt sich erst, als der Vater zu ihm ans Bett tritt und einige Worte sagt. Am nächsten Tag weicht er der Frage nach dem Grund des Schreiens ängstlich und sehr scheu aus, versucht sich offensichtlich darumzudrücken, überhaupt darüber sprechen oder daran denken zu müssen und gibt auf Fragen, woran er sich noch erinnere, keine Antwort. Drei Tage darauf ist der Vater mit ihm allein und dringt noch einmal in ihn, ihm den Grund seiner Angst in der Nacht anzugeben. Erst nach langem Drängen erklärt der Junge dann sehr scheu und mit leiser Stimme, er habe geglaubt, der Vater wolle seiner Mutter etwas tun, und es sei ihm sehr unangenehm, daran denken zu müssen. Er lenkt dann sofort auf ein anderes Thema ab und wird ausgelassen lustig, offenbar zum Zwecke weiterer Ablenkung.

Hier ist also die Verdrängung eines unlustbetonten Vorgangs im Entstehen zu beobachten. Es ist kein Zweifel, daß ohne das Drängen des Vaters das Erlebnis selbst sehr schnell vollkommen aus dem Bewußtsein hinausgeschoben worden wäre.

Frau T., die wegen heftigster Kopfschmerzen zu mir kommt, wird von mir an Hand ihrer Krankengeschichte darüber aufgeklärt, daß zwischen der von ihr geübten Onanie und den Kopfschmerzen im Sinne von Selbstbestrafungstendenz unmittelbare Beziehungen bestehen. Sie erscheint am Nachmittag wieder und erklärt, sie habe jetzt ganz rasende Kopfschmerzen und wisse infolgedessen absolut nicht mehr, was ich ihr am Morgen erklärt hätte. Es wird also in diesem Fall ganz deutlich das Symptom an Stelle der Erkenntnis gesetzt und die Beziehungen zwischen Verdrängung und Symptom auf diese Weise aufs deutlichste bewiesen.

Als Beweis, wie man Verdrängungen allerstärkster Art schaffen und damit zugleich eine schwere Neurose innerhalb kurzer Zeit hervorrufen kann, diene folgende Geschichte der Entstehung einer religiös-paranoisch gefärbten Hysterie. Sie wurde mir vom Bruder der Kranken aufgeschrieben, der auch mein Patient war und unter denselben Verhältnissen zu Hause gelitten hatte.

„Meine Schwester war vielleicht 13 Jahre alt, hübsch und lebensfroh, drohte sie unter dem Einfluß der Schule der elterlichen Machtsphäre zu entwachsen. Nun hatte sich in ihrer Klasse eine Tändelei mit verschiedenen Schülern einer Gymnasialklasse entsponnen — aber öffentlich und harmlos — an der meine Schwester auch beteiligt war. Die Sache kam heraus, große Untersuchung, Benachrichtigung der Eltern.

Nun zu Hause. Zunächst erfolgte die Abmeldung von der Schule. Dann nahmen Vater und Mutter die Austreibung des ‚sündhaften Geistes' vor, genau so wie bei mir. Man entzog ihr das Abendbrot und verabfolgte ihr statt dessen Prügel, aber genau so grausam und schamlos wie bei mir — mit dem

Stock und im Hemd, wenn nicht gar nackt, man hörte durch mehrere Zimmer hindurch das Aufklatschen des Stockes auf die Haut. Das Kind schrie ganz erbärmlich, die Folter wollte kein Ende nehmen. Als schließlich die Prügelei vorüber war, knieten sie mit dem Kinde nieder und beteten laut und inbrünstig zu Gott um Austreibung des sündhaften Geistes. Darauf durfte das Kind zu Bett gehen. So trieb man es — ich gebe keine zu hohe Zahl an — vier Wochen lang. Jeden Abend um die festgesetzte Zeit hörte man das Klatschen des Stockes und das erbärmliche Geschrei, es ging durch Mark und Bein. Der Ekel versetzte einem den Atem.

Die Nachbarn sprachen darüber. Da verhing man sorgsam Fenster und Türen des Zimmers. Eines Abends erklärte meine Mutter mit Befriedigung, der Arm tue ihr ordentlich weh vom Prügeln. An einem anderen Abend meinte mein Vater, man müsse sie jetzt auf eine andere Stelle schlagen, an der alten Stelle gingen die Striemen und Blutspuren nicht mehr weg. Man versuchte es mit allen Mitteln. Verschiedene Male kam ein Mann von der Heilsarmee; laut und sprachgewaltig schüttete er die ganze Wucht seiner Botschaft über das Kind, das sich nicht zu rühren wagte. War dann der Heilsträger gegangen, dann erfolgte die übliche Prügelei mit anschließendem Gebet.

Nach vier Wochen kannte man das Mädchen nicht mehr wieder. Farbe hatte sie nicht mehr, alles Leben schien aus ihr entflohen. Da ließ man nach mit der Strenge, um so eifriger nahm man sie mit in Kirchen, Gebetshäuser und fromme Versammlungen, die man in unserer Gegend ja in Überzahl hat, und da es für meinen Vater nur einen einzigen wahren Beruf gab, mußte sie Lehrerin werden. Unterdessen vollzog sich mit dem Mädchen eine vollständige Umwandlung. Sie konnte wohl nicht anders — sie ‚bekehrte sich' und wurde ‚gläubig'. Ein fanatischer Relegionseifer bemächtigte sich ihrer. Körperlich schoß sie in die Höhe, lang und dürr, aber ein asketischer Geist brannte in ihr. Bald war sie die Stütze und der Stolz aller Jungfrauenvereine. Mit demselben Feuereifer, mit dem sie sich der Religion und dem Versammlungswesen widmete, strebte sie auch dem neuen Beruf zu. Auffallend in ihrem Verhalten war ein übertriebenes Werben um meine Mutter. Wo sie meiner Mutter auch nur die kleinste Mühewaltung abnehmen konnte, da sprang sie herbei. Ihrer Mutter zu dienen, ihr das Leben in jeder Beziehung leicht und angenehm zu machen, darauf richtete sich neben dem Beruf ihr ganzes Streben. Im Haushalt durfte die Mutter nichts mehr anrühren, meine Schwester besorgte das alles nebenher. Meine Mutter wurde von Tag zu Tag fauler und anspruchsvoller und meine Schwester selbstloser und aufopfernder.

Ich glaube, sie war kaum Lehrerin, da brach sie zusammen. Lange schwebte sie in der größten Gefahr; was ihr fehlte, weiß ich nicht, es war auf jeden Fall eine ernste innere Krankheit. Als sie später wieder einige Zeit Dienst getan hatte, brach die alte Krankheit in anderer Weise aus. Man hat alles mögliche mit ihr versucht, aber es kommt immer wieder eine neue Krankheit zum Vorschein. Einmal sind es die Nieren, dann Rheumatismus, dann Schwindelanfälle und Kopfschmerzen, dann wachsen ihr dicke Knollen aus den Gliedern — kurz, sie ist ein äußerst beklagenswertes Mädchen. Aber ihr Geist bleibt sieghaft. Immer noch der frühere Religionseifer, ebenso wie der exzentrische Kultus mit meiner Mutter. Heute ist sie seit drei oder vier Jahren verheiratet; an der alten Krankheit leidet sie noch, sie sieht aus wie ein Skelett; aber in ihren Augen brennt das heilige Feuer unpersönlicher Aufopferungskraft."

Bei dem Patienten war es so gewesen, daß er wegen jeder Gefühlsäußerung

sinnlos geschlagen worden war und weiter geschlagen wurde, bis er auch über das Schlagen selbst nicht mehr irgend welche Äußerungen von sich gab. Die Mutter hetzte dabei, und daher haßte er sie noch gründlicher. Als nun durch eine Granatexplosion im Felde ein starker Affekt der Erregung und des Schrecks in ihm entstanden war, so hätte dieser Affekt zwar wie bei vielen eine vorübergehende Störung der Ausdruckstätigkeit im Sinne des Zitterns, Grimassierens usw. schaffen können, dieser wäre aber vermutlich bei einem im übrigen psychisch nicht übererregbaren Gehirn rasch abgeklungen. Hier dagegen, wo die rasende Wut gegen Vater und Mutter und die jahrlang unterdrückten sonstigen Gefühlsregungen dahinter standen, fand der neue Affekt eine jahrelang vorbereitete, wenn auch zunächst blockiert gewesene Bahn vor, und auf dieser entlud er sich in einer unerhörten Stärke. Der Kranke produzierte den ganzen Tag Ausdrucksbewegungen, die teils der Ausdruck von Wut zu sein pflegen, wie Zähnefletschen, Fäuste ballen, teils der Ausdruck von Angst, wie Zurückspringen, wenn jemand zur Tür hereinkam, ängstliches Zurückweichen, sobald man zu sprechen anfing, zusammenducken, wenn man ihn etwas fragte u. a. m.

Der Fall der Schwester ist deswegen besonders interessant, weil er zeigt, wie der Haß gegen die Mutter infolge allmählich einsetzender und durch die religiösen Formeln geförderter Selbstbestrafungstendenzen sich zusehends in eine Tendenz zum untertänigen Dienen umwandelt. Es wäre natürlich ganz verkehrt zu glauben, daß er damit erledigt sei, wie ja die spätere Erkrankung ohne weiteres beweist. Das zeigt sich auch später, indem sie selbstverständlich in der Ehe nicht glücklich wurde, da sie naturgemäß einen Mann heiraten mußte, der dem gehaßten, ungeliebten Vater ähnlich und der Mutter in bezug auf Strenggläubigkeit gleich war. Es war ein Prediger und Eiferer, der nicht das geringste Verständnis für die Wesensart dieser Frau besaß.

Wie stark die Verdrängung auch noch beim erwachsenen Menschen, namentlich wenn er, wie der Künstler, in gewisser Beziehung dem Kinde noch nahe steht, wirken kann, dafür war mir ein Bildhauer ein glänzender Beleg. Während der Behandlung, die u. a. einen abgründigen Haß gegen seine Frau ergab, erwähnte er des öfteren mit einer gewissen Zärtlichkeit und Betonung des Wortes das „Nichtelchen", das häufig bei ihnen zu Besuch sei. Aus der Art, wie er davon sprach, mußte ich zunächst schließen, daß es ein kleines Kind sei; nachher stellte sich heraus, daß sie 18 Jahr alt war. Als ich ihm darauf zu zeigen versuche, daß seine Abwehr gegen seine Frau offenbar zum Teil mit der häufigen Anwesenheit der Nichte im Zusammenhang stände, führte er als „Gegenbeweis" folgendes an: „Wie völlig harmlos ich dem Kinde gegenüberstehe, können Sie daraus ersehen, daß sie, wenn sie bei mir ist, jeden Morgen zu mir ins Bett kommt. Meine Frau freut sich darüber immer sehr und muß schrecklich lachen, wenn wir allerlei Albernheiten miteinander machen. Sie können mir wirklich glauben, daß ich nicht die geringste erotische Empfindung dem Mädchen gegenüber habe." Bei der ganzen Art des Mannes ist subjektiv kein Zweifel daran, daß er wirklich in seinem bewußten Er-

leben erotische Empfindungen dem Mädchen gegenüber vollkommen ausgeschaltet hatte, natürlich nur, um sich die Lust, die ihm die Anwesenheit der Nichte bot, nicht verderben und um andererseits sich die Unlust darüber, daß er etwas Ungehöriges tat, nicht bewußt werden lassen zu müssen, also nicht moralisch degradiert vor sich selbst zu erscheinen.

Freud sagte sich nun, wenn es eine Möglichkeit gäbe, von den Einfällen aus zu dem Verdrängten vorzudringen, so könne man auch ohne Hypnose das bisher dem Bewußtsein Unzugängliche aus den Tiefen des Unbewußten heraufholen.

Solche Möglichkeiten bieten sich zunächst in den an die Einfälle sich weiter anschließenden Assoziationen, sodann in den oben genannten Erscheinungen während der Mitteilungen, die der Patient im Ruhezustande macht. Außer den mimischen und sonstigen Ausdruckssymptomen wäre noch besonders auf die Pausen während der Erzählung zu achten, die regelmäßig da eintreten, wo wesentliches Material verdrängt werden muß. Auch plötzliche Änderungen in dem Verhältnis des Patienten zum Arzt, eine plötzlich auftauchende verstärkte Antipathie oder Sympathie, ferner im Verlauf der Kur auftretende verstärkte Bedenken bezüglich der materiellen Durchführbarkeit der Kur können dazu benützt werden. Der Widerstand äußert sich auch nicht selten darin, daß im Verlauf der Behandlung der Strom des mitzuteilenden Materials, z. B. die später zu besprechenden Träume, plötzlich stockt oder in solchem Umfang fließt, daß die Bewältigung praktisch unmöglich wird u. a. m.

Die Traumdeutung.

Als weiteres Mittel zur Erforschung der unbewußten Vorgänge dient Freud dann der Traum. Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, daß in den Träumen sich unbewußte Tendenzen leichter und freier äußern können, als im wachen Zustande, weil die Kontrolle des bewußten Denkens nicht in demselben Maße in Wirksamkeit treten kann. Dichter haben das viel früher erkannt, als Psychologen und Ärzte: So sagt Hebbel z. B., alles Große, dessen der Mensch fähig sei, komme am besten im Traume hoch. Die Kinderträume bieten für die Bedeutung des Traumes als Wegweiser ins Unbewußte ja überaus reichliches Material. In ihnen äußert sich häufig in einer ganz naiven, einfachen und ursprünglichen Form das, was das Kind an Wünschen, die es im Wachbewußtsein bereits unter dem Einfluß der üblichen Erziehung nicht mehr zu äußern wagt, in sich herumträgt. Man braucht also nur zu wissen, was ein Kind am Vortage erlebt hat, um seine Träume verstehen zu können: sie sind alle Wunscherfüllungsträume. Auch viele Träume der Erwachsenen zeigen diesen Wunschcharakter unmittelbar:

Ein 32jähriger Kassenbote kommt mit Klagen über heftige Kopfschmerzen und große Erregung in die Sprechstunde. Körperlich nichts Besonderes nachzuweisen, körperliche Behandlung völlig ergebnislos. Psychische Ursachen angeblich nicht vorhanden. Auf die Frage, ob er öfters lebhafte Träume habe, erwidert er, er habe erst kürzlich solch einen Traum gehabt. Er sei früher Matrose auf Südamerikafahrern gewesen. Da habe er nun kürzlich geträumt, er stehe auf dem Deck des Schiffes, habe einen großen Fisch gefangen und habe dem Tier, das so groß wie ein Mensch gewesen sei, den Kopf abgeschlagen. Er habe dann mit einer wahren Wollust in dem abgeschnittenen Kopf herumgewühlt. Plötzlich sei der Kopf zu einem Menschenkopf geworden. Aufgefordert, anzugeben, wem denn dieser Kopf ähnlich gewesen sei, wird er verlegen, errötet und bringt dann unter sichtlichem Widerstreben die Worte heraus: „Entschuldigen Sie, Herr Doktor, es war der Kopf vom Herrn Kassierer." (Er wußte, daß ich den Kassierer kannte!) Auf meine Frage, ob er denn mit letzterem viel Unangenehmes erlebt habe, bringt er eine lange Erzählung von den Schikanen dieses Vorgesetzten vor und erklärt spontan, er erinnere sich jetzt, daß die Kopfschmerzen zum erstenmal aufgetreten seien, nachdem er eine besonders heftige Auseinandersetzung mit dem Kassierer gehabt habe. Nachdem ich ihm gezeigt hatte, daß er die Kopfschmerzen als eine Art von Abwehr gegen die weitere Tätigkeit mit dem Kassierer produziert habe, verschwindet das Symptom dauernd, die Erregung läßt nach einigen Tagen ebenfalls nach, und unter weiterer Aufklärung beruhigender Art kommt der ganze Zustand in Ordnung.

Das, was Freud den „manifesten Trauminhalt" nennt, ist hier die Südamerikafahrt. Sie wird aber nur zum Anlaß genommen, um dahinter das zu verbergen, was der Traum eigentlich sagen will und was Freud als „die latenten Traumgedanken" bezeichnet. In diesem Falle ließen sich diese in die Form übersetzen: „Ich möchte den Kerl, der mich so viel schikaniert hat, umbringen und dabei noch mein Mütchen an der Leiche kühlen." Hier zeigt sich wieder die Tendenz, moralisch oder sonstwie minderwertig erscheinende Regungen aus unserem Bewußtsein zu verdrängen. Sie läßt den einfachen, instinktiven Wunsch nicht hoch kommen und zwingt ihn dadurch, sich sozusagen in einer Maske einzuschleichen, eine symbolische Form anzunehmen, wenn er sich trotzdem äußern will. Das Symbol ist eine Vermittlungsbildung: es hat einerseits Anklänge, d. h. assoziative Beziehungen zum verdrängten Wunsch und andererseits zum Wachbewußtseinsinhalt und eignet sich auf diese Weise dazu, dem Wunsch als Äußerungsmöglichkeit und der moralischen Zensur gegenüber als Verdeckungsmöglichkeit zu dienen. Der manifeste Trauminhalt ist, wie Freud sich ausdrückt, der entstellte Ersatz für die unbewußten Traumgedanken, und die Entstellung wird hervorgebracht durch die Widerstände, die den verdrängten Wünschen im allgemeinen den Eintritt ins Wachbewußtsein unmöglich machen. Diese abwehrenden Kräfte sind zwar im Schlafzustande nicht mehr voll an der Arbeit, sind aber doch noch stark genug, um sich in der Form des Zwangs zur Verhüllung der eigentlichen Tendenzen zu äußern. Man kann sagen, daß der Träumende seine

Träume um so weniger verstehen wird, d. h., daß die Entstellung der latenten Traumgedanken um so größer ist, je größer der Widerstand gegen das Auftauchen bestimmter Regungen, Wünsche und Gedanken sein muß.

Um hinter den Sinn eines Traumes zu kommen, läßt man sich nun zunächst die Einfälle, die im Menschen beim Gedanken an den Traum im allgemeinen auftauchen, sagen. Dann stellt man den Patienten auf die einzelnen Traumbestandteile ein und läßt ihn angeben, was ihm beim Denken an diese in den Sinn kommt.

Man sieht dann, daß der Traum Dinge, die wir sonst in begrifflicher Sprache auszudrücken pflegen, in der Sprache des sogenannten archaischen Denkens frühester Kinderzeiten der Menschheit, d. h. vollkommen anschaulich, ausdrückt. Er malt die Gedanken vor uns hin, bedient sich also einer Ausdrucksform, wie wir sie in der Dichtkunst, Malerei und auch in der Musik immer wieder in ihrer unmittelbar auf das Gemüt wirkenden Stärke erleben. Dabei nimmt Freud an, daß die Symbole, deren sich der Traum bedient, in weitgehendem Maße typischen Charakter haben, z. B. würden Schlangen, Stöcke, Fische, Messer, Turm, Schirm, gewisse männliche Tiere wie Stier, Tiger, Löwe eine symbolische Darstellung des männlichen Geschlechtsorgans sein, wogegen für das weibliche die Vorstellung von Gegenständen mit Höhlungen, wie Tasche, Kiste, Büchse, Schuh, Kirche, dienen würde.

Zum Zustandekommen des Traumes muß nun aber außer der symbolischen Vertretung bestimmter Begriffe noch eine Reihe weiterer seelischer Funktionen hinzukommen, die Freud als die „Traumarbeit" bezeichnet. Sie hat, so nimmt er an, den Zweck, den Sinn des Traumes weiter zu verdecken. Zu dieser Traumarbeit gehört vor allem das, was er Verdichtung und Verschiebung nennt. Der Traum ist knapp und lakonisch im Vergleich zum Umfang und zur Reichhaltigkeit der darin enthaltenen Gedanken. In der Vorstellung eines bestimmten Menschen im Traume können z. B. zwei, drei oder auch mehr Personen verdichtet sein, d. h. ihre Eigenschaften werden in der einen Person zusammengetragen. Häufig ist es, daß eine Anschauung im Traume zu gleicher Zeit ihr Gegenteil ausdrückt oder daß in einer Person gänzlich widersprechende Eigenschaften, die eigentlich verschiedenen Personen angehören, vereinigt werden. Auch werden häufig die tatsächlichen Beziehungen der Menschen und Dinge untereinander umgekehrt dargestellt, oben wird unten, vorn wird hinten. Absonderliche Wortbildungen zeigen ebenfalls die Verdichtungsarbeit, indem in einem solchen Wort eine Reihe von Gedanken zum Ausdruck gebracht werden kann. Bei der sogenannten Verschiebungsarbeit sehen wir, daß im Traume wesentliche, mit intensivem Interesse betonte Elemente so behandelt werden, als ob sie minderwertig wären, daß also wichtige Dinge an scheinbar nebensächliche

Stellen des Traumes gesetzt und unwichtige stärker hervorgehoben werden. Es äußert sich also bei der Traumarbeit eine Macht, „die einerseits psychisch hochwertige Elemente ihrer Intensität entkleidet und andererseits auf dem Wege der Überdeterminierung des Minderwertigen neue Wertigkeiten schafft, die dann in den Trauminhalt gelangen". Der Erfolg dieser Verschiebung ist, daß der Trauminhalt dem eigentlichen Kern der Traumgedanken nicht mehr ähnlich ist, daß der Traum nur eine Entstellung des Traumwunsches im Unbewußten wiedergibt.

Auf Grund solcher Erkenntnisse und Annahmen kommt nun Freud zu seiner Deutung der Träume, die, wie man sieht, auf sehr komplizierten Voraussetzungen beruht und deswegen auch selbstverständlich in weitgehendem Maße subjektiv sein muß. Hier ist deshalb auch einer der Punkte, wo die Kritik am meisten einsetzen kann und eingesetzt hat. Sicher ist das eine: es gibt eine große Zahl von Träumen, die sich ohne allzu große Willkür und ohne zu viele Hilfsannahmen deuten lassen. Man kann sie verhältnismäßig einfach und ungekünstelt in die Sprache des bewußten Denkens übersetzen und findet dann dieselben unbewußten Inhalte wieder, die wir auch bei dem Auftauchenlassen freier Einfälle und bei sonstigen, dem Auftauchen unbewußter Vorgänge günstigen Gelegenheiten entdecken können. Vor allem sieht man, daß im Traumleben das Kind im Menschen seine Existenz „mit Erhaltung aller seiner Eigentümlichkeiten und Wunschregungen, auch der im späteren Leben unbrauchbar gewordenen, fortsetzt". Freud ist der Ansicht, daß auch alle Träume des erwachsenen Menschen Wunscherfüllungen seien. Er wird auch durch das Vorkommen von Angstträumen nicht in dieser Auffassung erschüttert, da die Angst nicht so einfach am Trauminhalt hängt, wie man sich das ohne genauere Kenntnis der neurotischen Angst vorstelle. Da sie eine der Auflehnungsreaktionen des Ich gegen stark gewordene verdrängte Wünsche ist, so trete sie natürlich auch im Traume auf, wenn die Traumbildung sich zu sehr in den Dienst der Erfüllung dieser verdrängten Wünsche gestellt habe.

Die physiologische Funktion des Traumes ist nach Freud darin zu suchen, daß die als schlafstörende Reizquellen wirkenden unerfüllten Wünsche durch den Traum ausgeschaltet werden, indem er ihre halluzinatorische oder symbolische Befriedigung herbeiführt. Dabei kommen nach Freuds Ansicht durchaus nicht immer aus der Gegenwart stammende Wünsche in Frage, sondern häufig verdrängte infantile Sexualwünsche. Eine sexuelle Wurzel für jeden Traum, wie manche seiner Schüler, nimmt er indessen nicht an.

Ohne uns auf eine Kritik dieser Traumtheorie, die wir ja nur ganz kurz gestreift haben, näher einlassen zu können, möchte ich nur meine bisherigen eigenen Erfahrungen dahin zusammenfassen, daß es in der Tat möglich ist, auf Grund der Beobachtung und Bearbeitung der Träume weit

in die Tiefen unbewußter Vorgänge vorzudringen, ohne dabei allzu unbegründete und allzu willkürliche Annahmen machen zu müssen, wie es einige Schüler Freuds getan haben.

Dafür noch einige Beispiele: Ein Kollege erzählt mir folgendes:

1. „Während des Krieges hatte ich einen Vorgesetzten, der mir infolge seines manisch-depressiven Wesens die größten Unannehmlichkeiten bereitete. Oft genug tauchte in mir der Wunsch auf, er möchte sterben, weil das unter den gegebenen Verhältnissen die einzige Möglichkeit war, mich ihm zu entziehen. Eines Nachts träumte ich: Der Betreffende geht vor mir her. Zwischen ihm und mir geht ein Dritter, den ich nicht kenne. Er zieht plötzlich einen Revolver und schießt den Vorgesetzten nieder. Ich springe hinzu, fange den Umfallenden auf und sorge in aufopfernder Weise für ihn, verbinde ihn und lasse ihn ins Lazarett bringen. Hier hat es also der Wunsch zuwege gebracht, daß der Gehaßte beseitigt wurde; aber die Zensur des moralischen Denkens ließ selbst im Traume nicht ganz nach, so daß ein Dritter die Rolle übernehmen mußte, die ich selbst nicht zu übernehmen wagte. Ich verhülle meine eigentlichen Absichten außerdem noch dadurch vor mir selbst, daß ich sogar noch den barmherzigen Samariter spiele, und so aus dem Mordimpuls noch eine Tat der Selbstaufopferung mache. Bei der Einstellung auf die Person des Dritten fiel mir dann noch sofort die Ähnlichkeit mit einem Schulkameraden ein, der in der Schule Gegenstand meines Neides wegen besserer Leistungen gewesen war. Man wird also mit der Annahme nicht fehlgehen, daß die infantile Ehrgeizkomponente bei dem Todeswunsch gegen diesen Vorgesetzten irgendwie mitgeschwungen hat, und in der Tat hatte er mich außer durch seine dienstlichen Schikanen auch stark dadurch geärgert, daß er einen, meiner Ansicht nach gänzlich unfähigen, aber großspurigen Kollegen in wissenschaftlicher Beziehung offiziell über mich stellte."

2. Eine sehr temperamentvolle, schöne junge Frau, die gewöhnt war, von allen Männern verehrt zu werden, und die es deshalb durchaus nicht verstehen konnte, daß ich ihr objektiv gegenübertrat, träumte in einer Nacht zwei Träume. Im ersten sitzt sie in einem Restaurant und bestellt sich einen sehr süßen Kuchen, wiederholt ausdrücklich: „Er muß aber sehr süß sein." Der Kellner bringt ihr einen Kuchen. Sie kostet ihn, findet ihn aber gar nicht süß, sondern säuerlich und wirft den Teller wütend dem Kellner an den Kopf. In demselben Augenblick dreht sich der Kellner nach ihr um und hat mein Gesicht. Der Wunsch, von mir „Süßigkeiten" zu bekommen und die Wut darüber, keine zu bekommen, läßt sich wohl kaum deutlicher ausdrücken. In dem zweiten, unmittelbar darauffolgenden Traum steht sie neben mir im Sprechzimmer. Ein großer Löwe kommt zur Tür herein und geht langsam auf sie zu. Sie hat furchtbare Angst und klammert sich an mich an. Ich aber strecke meine Hand nach dem Rachen des Löwen aus und stoße damit in den Rachen hinein, worauf der Löwe schleunigst die Flucht ergreift. Hier ist die Verwendung des Löwen als Symbol ihres Affektes, vor dem sie sich ängstigt und das Gefühl, daß ich stark genug bin, um sie gegen diesen Affekt zu schützen, unverkennbar.

Dieser Traum ist für den außenstehenden Beobachter so einfach, daß er sich sozusagen selbst deutet. Für die Patientin war das nicht der Fall. Sie befand sich im Stadium der Übertragung ihrer Affekte auf mich und die dadurch gesetzten Widerstände moralischer Art verboten ihr, den Sinn des Traumes ohne weiteres zu erkennen. Nachdem ich ihn ihr klar ge-

macht habe, war sie aber auch zum ersten Male imstande, das Wesen und die Bedeutung der Übertragung zu erkennen.

3. Eine Patientin, die wegen zahlreicher nervöser Beschwerden und wegen heftiger Schmerzen nach Gallenblasenoperation bei mir in Behandlung war, erzählt mir folgenden Traum:

„Ich wollte ein Maskenkostüm von meinem Mann für die Straße haben. Er sagte: ‚Lasse dir einen Pierrotanzug machen aus dem Tangokostüm (wie ich eins 1914 gehabt habe).' Der Schneider kam und machte mir Hosen und eine Pierrotkappe, die eigentlich eine Narrenkappe war. Der Stoff langte nicht ganz. Dann wurde rot- und weißkarrierter Stoff dazu genommen für Ärmel und Hals. Mein Mann fand, ich sehe sehr nett aus. Als der Karneval kam, war der Schneider zugegen. (An dieser Stelle der Erzählung setzt starker Husten ein.) Ich zog den Rock an, nicht die Hosen, nicht den Kragen, nicht die Kappe. Mein Mann drängte mich, sie doch auch mal anzuprobieren. Ich sagte: ‚Es fällt mir gar nicht ein.' Ich hatte aber das Gefühl, es würde mir gut stehen, habe aber die Kappe nicht aufgestülpt. Mein Mann wurde böse (wieder Husten). Auf einmal stand Herr X. da und bot mir seinen Kragen an. Ich fand ihn sehr eng, aber er sah sehr gut aus. Ich gab ihn wieder zurück. ‚Also,' sagte mein Mann ‚es kann doch gut aussehen.' Der Schneider war auch bös. Dann ging ich in dem Rock mit meinem Mann weg unter die Leute auf der Straße. Ich werde nun ganz wütend, verärgert und erbost, während ich das erzähle."

Einige der Einfälle zu diesem Traum: „Daß ich meinem Mann innerlich offenbar öfters vorwerfe, er hätte mir eigentlich nicht genügend schöne Kleider gekauft. Das ist aber nicht wahr, im Gegenteil. Es ist überhaupt scheußlich, wie ich jetzt immer geneigt bin, meinem verstorbenen Mann eins anzuhängen. Ich erinnere mich, daß ein Herr mir gerade damals gesagt hat: ‚Schon wieder eine neue Toilette?' Es hat mir damals wohl getan. Ich weiß nicht, warum ich jetzt erotisch erregt werde. Bei Tango fällt mir ein, daß ich diesen Tanz als etwas Verlockendes empfunden habe und bei Pierrot, daß ich die Pierrots besonders geschätzt habe, weil sie mir eine nie gesättigte Seele zu haben scheinen. (Schneider) lacht komplexmäßig: ‚Da fällt mir mein Vater ein.' (Hose) ‚Sie wissen doch, daß ich so schrecklich gerne schon als Kind ein Junge gewesen wäre.' (Warum Husten?) ‚Weil ich sage, der Schneider ist bei dem Karneval zugegen.' (Der Ehemann drängt zum Anprobieren) ‚daß ich immer wütend auf meinen Mann war, weil er mich in ein Leben hineinziehen wollte, das mir eigentlich nicht lag, obwohl es meiner Eitelkeit in gewisser Beziehung schmeichelte. (Herr X) ‚Sie wissen, daß ich diesen Mann sehr liebe,' (Kragen) ‚daß ich ihn zu eng finde, stimmt ja,' (lacht) ‚denn ich finde seine Auffassung vom Leben und das Zusammenleben mit ihm schwierig, in gewisser Beziehung auch eng, andererseits sehe ich ein, daß die Beziehung zu ihm viel Gutes für mich bringt.' (Der Mann sagt: ‚Es kann doch gut aussehen') lacht wieder: ‚Es ist wohl eine Art Entschuldigung vor meinem Mann, daß ich dieses andere Verhältnis angefangen habe.' (Der Schneider war auch bös) ‚Mein Vater konnte sich sehr sehr erregen, wenn ich anderer Meinung war als er.'"

Unter Berücksichtigung der sonstigen Ergebnisse der sehr eingehenden Analyse wird man diesen Traum ungefähr folgendermaßen übersetzen können: „Ich will draußen im Leben eine Rolle spielen. Mein Mann sollte mir die Möglichkeit dazu verschaffen. Ich will aber diese Rolle in einer Form spielen, die mich mit dem Vater in einer gewissen Verbindung hält. Der Vater hat immer gewünscht, daß ich ein Junge sein möchte, und deswegen wünsche ich

mir ebenfalls eine männliche Rolle, sehe aber ein, daß das eigentlich eine Narrenrolle ist, und daß der Stoff zu dieser Rolle nicht genügt, weil ich eben ein Weib bin. Gerade in dieser meiner Art fand mich aber mein Mann sehr nett. Ich könnte sie aber auf die Dauer nicht spielen und habe mich immer mit Halbheiten begnügt (nicht Hosen, nicht Kragen, nicht Kappe angezogen). Trotzdem gefiel ich mir auch in den Halbheiten, hatte aber dabei oft ein schlechtes Gewissen dem Mann gegenüber. Das Verhältnis zu Herrn X. bringt mir zwar vieles Erfreuliche, ist mir aber im ganzen doch zu beschränkend und zu eng, und ich möchte es eigentlich aufgeben. Ich weiß auch nicht, ob mein Mann dieses Verhältnis billigen würde. Mein Vater ist böse auf mich, weil ich ein Leben führe, daß seinen Ansichten nicht entspricht."

Wie man sieht, ist in dem Traum eine Menge teils früh infantiler erotischer Tendenzen, teils späterer Eitelkeits- und Ehrgeizstrebungen, zum Teil auch allerlei Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Überlegungen moralischer Art und Auseinandersetzungen mit dem Mann und dem Geliebten enthalten. Daß die Kranke während der Erzählung das Gefühl ausgesprochener Unlust und doch wieder erotischer Erregung hat, hängt eben mit der Zwiespältigkeit dieser ihrer Empfindungen zusammen.

Einige besonders anschauliche Träume sind folgende:

4. „Ich komme zu meiner Mutter und sehe, wie sie mit sehr inniger Freude sich von einem Zuckerbäcker alle Symbole der Leidensgeschichte Jesu geben läßt. 1. Ich erkenne mit aller Deutlichkeit einen großen Palmwedel aus Katzenzungen; 2. eine Dornenkrone aus Mandelsplitter; 3. ein Kreuz von Schokolade mit Nuß gefüllt, das weich wurde in der Hand und sich bog; 4. eine Geißel aus einer Zuckergummischlange mit kandierten Nüssen am Ende; 5. einen Speer mit bunten Zuckerperlen. Meine Mutter ißt mit Freude und gutem Appetit davon."

Einfälle: „1. Meine Mutter aß immer sehr gerne süß, tat es aber nur heimlich, da sie sich vor uns jeden, auch den geringsten Lebensgenuß versagte. Wir kannten sie nicht anders als leidend und verzichtend. Ich fand nun später oft Süßigkeiten oder Wein versteckt, von dem sie nahm. Es kränkte sie immer sehr, wenn es gefunden wurde. 2. Palmsonntag, Hosianna des trügerisch begeisterten Volkes vor dem ‚Kreuzige ihn', falsche Katzenzungen. 3. Mutter sagte mir oft: ‚Trage die Dornenkrone des Leides, dann empfängst du die Krone des ewigen Lebens.' 4. Das Kreuz meiner Mutter war mein Vater, seine Sexualität. Ich glaube da wohl zu fühlen, daß es in ihrer Hand gebogen worden ist, wie sie es hatte wollen müssen. 5. Die Geißel im Leben meiner Mutter war Vater im besonderen mit seinem sexuellen Verlangen. Ich muß heute wohl erkennen, daß auch das bei aller Furchtbarkeit meiner Mutter süß war, da sie dadurch Jesu Leiden litt. 6. Auch das Todesinstrument, der Speer, ist mit einer Kindernascherei verziert.

Ich erkenne, daß ich meine Mutter in ihrem ganzen schweren Leiden und Ertragen verächtlich auffasse, weil ich glaube, sie hat es aus heimlichen, versteckten, inneren Motiven in ihrem Leben so eingerichtet, wie es ist. Ich schließe daraus auf mein Leben."

5. Ich komme am Münster vorbei. Links steht das Münster, 1. sehr hoch und herrlich und schön, und links am Münsterhof herunter ein Pferd neben dem anderen. 2. Ich gehe und muß mir ein Pferd kaufen. Ich weiß nicht, wofür und womit ich es bezahlen soll. 3. Mir schwebt ein herrliches Pferd im Bilde

vor, ein schwarzer Rappe, wundervoll, edel und glänzend. 4. Ich bin schon an vielen Pferden vorbeigekommen, es war kein solches da. Und ich werde schon sehr unglücklich, weil ich fürchte, es nicht zu finden. Ich weiß, wenn man eins der Pferde am Zügel anfaßt, muß man es unbedingt mitnehmen. 5. Ich sehe schon die Bahn nach L. stehen und fürchte sie zu verpassen. 6. Da sehe ich auch ein Pferd. Von weitem und von hinten glänzt es schwarz und schön wie mein Wunschpferd. 7. Ich fasse es hastig am Zügel und will mit ihm zur Bahn. Da sehe ich, es ist ein Maulesel. 8. Ich bin wie erschlagen, namenlos traurig und ziehe mit meinem Maulesel ab. Denn nun ist es geschehen."

Einfälle: „1. Einerseits Symbol der Frömmigkeit, Einsamkeit, Alleinbleiben, Nonnenleben. 2. Pferde, Hengste, Symbol kraftvoller treibender Männlichkeit. 3. Will also ein Pferd zum Weiterkommen haben, weiß aber nicht, wofür sonst noch und womit ich es bezahlen soll. 4. Schwarzer Rappe, Dr. X. als mein Mannesideal. 5. Anfassen des Pferdes: sexuelles Erleben mit dem Manne, soll es wohl bedeuten, bezeichnenderweise: Zügel in die Hand nehmen verpflichtet zur Ehe. 6. B. mein Heim und mein Kind. 7. Meines Mannes geistiges Leben mit seinen Interessen ist das mir Sympathische an ihm und hat in gewisser Hinsicht etwas dem Dr. X. Verwandtes. Das allgemeine, sexuale, allen Gemeinsame. 8. Erkenntnis, daß meines Mannes augenblicklicher Zustand aber doch noch weit von dem erwünschten Ziel entfernt ist, nicht edles Roß, sondern Maulesel."

6. Eine alte Dame, die mich seit vielen Jahren ab und zu besucht, sagt mir: „Als Sie das letztemal hier waren, fand ich Sie etwas niedergeschlagen und müde. Im Traum in der folgenden Nacht sehe ich mich nach Hause kommen und sage zu meinem Sohn: ‚Ich weiß nicht, Herr Doktor war heute sehr niedergeschlagen.' Da gab mir mein Sohn eine Zeitung und sagt: ‚Er hat sicher diesen Artikel gelesen.' In dem Artikel stand: ‚In letzter Zeit sind verschiedene Ärzte hier, die Veranlassung zu Klagen gaben, deren Behandlung lau war und die sich gehen ließen, abgesetzt worden.'" Hier zeigt sich, daß sie in Wirklichkeit mit mir unzufrieden war, weil ich in der Tat weniger Zeit als sonst für sie zur Verfügung hatte und auch aus therapeutischen Gründen mich absichtlich kürzer faßte. Auf der anderen Seite erlaubte ihr ihre Dankbarkeit und sonstige Gesinnung mir gegenüber nicht, sich diese Unzufriedenheit direkt zuzugestehen. Sie verlegt also die Unzufriedenheit in ihr über mich als Niedergeschlagenheit und Müdigkeit in mich hinein. Erst im Traume kommt ihre augenblickliche, eigentliche Grundstimmung mir gegenüber klarer zum Ausbruch.

7. Ein klassisches Beispiel eines Verhöhnungstraumes ist dieser: Eine mit ihrem Manne auf sehr gespanntem Fuße lebende Frau, die außerdem sexuell völlig unbefriedigt ist, weil der Mann als Zuckerkranker impotent ist, träumt folgendes: „Ich gehe in einem Hause mit breiter Treppe hinter einem Wesen her, das sehr groß ist und vollkommen die Gestalt eines Affen hat. Besonders lebhaft war dabei die Vorstellung des Schwanzes dieses Affen. Er war lang und merkwürdig schlaff. Dann verwandelte sich die Szene plötzlich und ich stehe vor einer Schaubude, in der ein Mann mit unangenehmer Stimme Affenschwänze zum Verkauf anbietet. Auf dem Podium, worauf er stand, lagen eine ganze Reihe ähnlicher Schwänze herum wie der Affe sie gehabt hatte." Bei der Aufforderung, mir die Einfälle mitzuteilen, erklärt sie unter einem Ausbruch heftigen Lachens: „Ich glaube, der Affe hatte die Gestalt meines Mannes, und auch der Ausrufer in der Schaubude war ihm ähnlich. Sie wissen ja auch, daß mein Mann wegen seiner Hasenscharte sehr undeutlich spricht."

Der Sinn dieses Traumes, der eine Verhöhnung der sexuellen Impotenz ihres Mannes ist, ist wohl ohne weiteres klar.

Frau M. träumt: „Mein Vater und ich gingen zu einer Beerdigung. Als wir zurückkamen, sagte der Vater: ‚Jetzt wollen wir lustig sein und Karusell fahren.' Da war mein Mann auf einmal auch dabei, und plötzlich bekam ich einen Schrecken und sagte: ‚Ich will doch nach meinem angenommenen Kinde sehen.' Wir hatten nämlich ein Kind angenommen trotz meiner anderen Kinder. Wir suchten es überall, Vater, ich und Ella, meine älteste Tochter. Diese kam plötzlich und sagte: ‚Das Kind ist tot. Es ist in der Badebütt ertrunken.' Ehe Ottie kam, stand ein Herr neben mir und sagte: ‚Wie kommen Sie denn an das Kind?'" Assoziationen: (der Herr) „Das ist ein Herr aus meiner Vaterstadt, der meine Schwester heiraten wollte, für ihn habe ich mich aber nie interessiert. Aber die Schwester dieses Herrn wollte einmal gerne meinen ersten Geliebten heiraten." (Beerdigung) „Wir gingen zu unserem Apotheker ins Haus, ehe wir zu der Beerdigung gingen. Bei ihm verkehren mein Mann und ich sehr viel. Ottie sagte kürzlich: ‚Ich will nicht zu dem Apotheker gehen, der ist immer zu zudringlich.' Sie gehe nicht mit, denn er fasse sie immer an, wenn sie hinkäme. Ich war früher immer sehr eifersüchtig auf Ottie. Sie war der Liebling meines Mannes und sagte immer: ‚Ich muß einen Mann haben wie der Vater.' Neuerdings erklärt sie aber immer wieder, sie habe jetzt einen andern Geschmack. Das ist seit der Zeit, daß sie die Beziehungen meines Mannes zu unserem Ladenfräulein, die meiner Ansicht nach nicht ganz rein sind, ahnt. (Kind) Dreijährig, schön, blond (von mir angenommen) verhüllt sich das Gesicht, weint und erklärt dann unter großen Hemmungen: ‚Ich glaube von Ihnen.'" (Badebütte) „Das Bad in Kreuznach, wo ich war, ehe ich hierher kam und wo mich plötzlich noch einmal ein furchtbarer Angstzustand überfiel wie früher, als ich noch ganz klein war, und ich sagte immer: ‚Ich muß jetzt unbedingt zu Dr. Mohr fahren.'"

Die Assoziationen zu diesem Traum laufen also ungefähr folgendermaßen: Vater — Vaterersatz (Arzt) — Beerdigung — Apotheker — Ottie — Frau des Arztes — Sehnsucht nach Karusellfahren (körperlicher Lustgewinnung) mit dem Vater — Mann — angenommenes Kind — Tod desselben — der erste Geliebte — Erinnerungen an Eifersucht auf Ottie — Wut auf den Mann wegen Ladenfräulein — Sehnsucht ein Kind vom Arzt zu haben. Der Sinn des ganzen würde also ungefähr lauten: ich sehe ein, daß ich tatsächlich starke Wünsche nach Vater und Vaterersatz habe. Dazu müssen aber zuerst diejenigen Frauen, die mir dabei hinderlich sind, beerdigt werden, also die Frau des Arztes und meine Töchter. Aber das ist unrecht, denn ich habe ja einen Mann, und die Strafe für den Wunsch nach dem Kinde von dem anderen Mann ist Tod dieses Kindes, das ich außerdem noch gerne von dem ersten Geliebten gehabt hätte (der jetzt noch in ihren Phantasien eine große Rolle spielt). Ferner spielt Eifersucht auf die Tochter wegen ihres Mannes und wegen des Apothekers noch stark mit herein.

Meiner Erfahrung nach genügt es im allgemeinen, in der eben gezeigten Weise die Assoziationsketten ungefähr herauszuarbeiten und daraus Schlüsse auf den ungefähr anzunehmenden Sinn des Traumes zu ziehen. Es scheint mir in der allergrößten Mehrzahl der Träume gewagt, mit Sicherheit zu behaupten, was jeder Traum im einzelnen bedeutet. Für die Therapie kommt es nur darauf an, dem Patienten an Hand seiner Träume eine Ahnung davon zu geben, wie es in ihm aussieht.

Es ist viel wichtiger, ihm die Affekte, Stimmungs- und Gefühlsschwankungen, die in ihm sich abspielen, zu zeigen, als auf Einzelheiten der Deutung Wert zu legen, die doch nicht selten sehr strittig sind.

Die Träume können übrigens auch von einem anderen, als dem Freudschen Gesichtspunkt aus aufgefaßt werden. So ist Adler der Ansicht, daß ihre Hauptfunktion darin zu suchen sei, daß sie vereinfachte Vorversuche, Warnungen und Ermunterungen im Sinne des neurotischen Lebensplans behufs Lösung eines bevorstehenden Problems darstellen.

Die Fehl- und Symptomhandlungen.

Als ein drittes technisches Mittel zum Eindringen in die unbewußten Vorgänge hat dann Freud die kleinen Fehlhandlungen normaler und nervöser Menschen entdeckt und benützt. Jeder erlebt sie, jeder hat sich gelegentlich darüber gewundert. Aber man hatte früher sich nie die Frage vorgelegt, ob sie außer durch sogenannte Zufälligkeiten auch anders begründet sein könnten. Es handelt sich um Fälle, wo wir Dinge vergessen, die wir wissen könnten und zu anderen Zeiten auch wirklich wissen, wie z. B. das Vergessen von Eigennamen. Hierher gehören auch das Versprechen im Verlauf eines Gespräches, das Verschreiben und Verlesen, das Vergreifen bei bestimmten Handlungen, das Verlieren oder Zerbrechen von Gegenständen, Erscheinungen also, die man gewöhnlich als Folge sogenannter Zerstreutheit, Unaufmerksamkeit usw. ansieht. Ferner sind hierzu zu rechnen auch Handlungen und Gesten, die man ausführt, ohne darauf zu achten, wie das Spielen mit Gegenständen, das Trommeln mit den Fingern, das Summen von Melodien, das Hantieren am eigenen Körper oder an der Bekleidung u. a. m.[1]).

Freud suchte den Nachweis zu erbringen, daß diese Fehlhandlungen, Symptomhandlungen und Zufallshandlungen nicht so bedeutungslos sind, wie man im allgemeinen anzunehmen pflegt, sondern durchaus sinnvoll aus der Situation, in der sie vorfallen, meist leicht und sicher sich deuten lassen. Auch sie sind Erscheinungen, die aus unbewußten Tiefen stammenden Impulsen und Absichten Ausdruck geben, dagegen dem bewußten Denken in ihrem Zweckcharakter verborgen bleiben sollen. Häufig vertreten sie die nämlichen verdrängten Wunschregungen und Komplexe, die bei der Entstehung von Krankheitssymptomen und von Träumen tätig sind. „Sie verdienen also die Würdigung von Symptomen und ihre Beachtung kann wie die der Träume zur Aufdeckung des Verborgenen im Seelenleben führen." Mit ihrer Hilfe verrät der Mensch in der Regel die intimsten seiner Geheimnisse. Wenn sie besonders leicht und häufig zustande kommen, selbst beim Gesunden, dem die schadlose Verdrängung seiner unbewußten Regungen im ganzen gut gelungen ist, so haben sie

[1]) Nähere Ausführungen und Beispiele siehe in Freuds Schrift: „Zur Psychopathologie des Alltaglebens". 1924, 4. Auflage.

es ihrer Geringfügigkeit und Unscheinbarkeit zu danken. Aber sie dürfen hohen theoretischen Wert beanspruchen, da sie uns die Existenz der Verdrängung und Ersatzbildung auch unter den Bedingungen der Gesundheit erweisen.

Im nachfolgenden gebe ich einige Beispiele von Fehl-, Symptom- und Zufallshandlungen, wobei ich absichtlich möglichst einfache Beispiele ausgesucht habe, um das Wesen der Sache möglichst klar zu zeigen. In Wirklichkeit kommen in der Praxis natürlich häufig sehr viel kompliziertere und weniger leicht zu durchschauende Fälle vor.

Verschreiben.

1. Eines Tages habe ich ein Attest zu schreiben und will, wie gewöhnlich, darüber setzen: „Ärztliche Bescheinigung". Da ich in diesem Augenblick sehr viel zu tun hatte und von allen Seiten angegangen wurde, Patienten, die zur Bahn wollten, rasch abzufertigen, mischte sich der unbewußte Wunsch, rasch weiter zu kommen, in mein Schreiben, und ehe ich es mir versehe, steht anstatt „Ärztliche Bescheinigung", „Ärztliche Beschleunigung" da.

2. Ich muß eines Abends 2 Briefe schreiben: einen an eine Patientin, die kurz vorher nach London abgereist war, und einen anderen an einen Berliner Kollegen, der mir einige Tage zuvor einen Patienten persönlich gebracht und mich um baldige Benachrichtigung gebeten hatte. Da ich nun nur zwei Zehnpfennigmarken zur Verfügung habe, so bin ich vor die Wahl gestellt: entweder nur den gefühlsmäßig wichtigeren Brief an die Patientin oder nur den verstandesmäßig notwendigeren an den Kollegen zu schreiben. Ich entschließe mich, das letztere zu tun, klebe aber auf den Brief nach Berlin anstatt einer zwei Zehnpfennigmarken und werde erst von meiner Frau, als ich den Brief wegbringen lassen will, darauf aufmerksam gemacht. Der unbewußte Wunsch, das gefühlsmäßig Erwünschtere zu tun, hatte sich also in der Form durchgesetzt, daß ich die für London nötigen 20 Pfennige auf den vernunftgemäß geschriebenen Brief nach Berlin geklebt hatte.

3. Ein 16jähriges junges Mädchen, dessen Erkrankung, eine Zwangs- und Angstneurose, sich an die von ihr als Unrecht empfundene Liebe zu einem katholischen Geistlichen angeschlossen hatte, kommt, nachdem die Behandlung anfangs wirksam gewesen war, nach einigen Wochen mit einem Rückfall zu mir. Die ersten Tage will die Analyse nicht voran gehen, wenn sie mir auch als nächstliegenden Grund des Rückfalles angibt, daß sie den betreffenden Herrn kürzlich wieder gesehen habe. Sie bittet mich nach einigen Tagen, ich möchte ihr doch diktieren, was ich für die Ursache ihrer Angst hielte, damit sie es sich besser merken könne. Ich diktiere ihr etwa folgendes: „Als Ursache meiner Angst sieht der Arzt die mir unbewußt gewesene Liebe zu dem Geistlichen an. Diese Angst kann durch klare Erkenntnis allmählich überwunden werden, doch muß ich mir die sonstigen Ursachen der Angst auch noch weiter klar machen usw." Als sie mir den Zettel überreicht, hat sie jedesmal anstatt Angst „Agnst" geschrieben. Darauf eingestellt, fällt ihr zunächst nichts ein. Ich frage sie: „Haben Sie eine Freundin, die Agnes heißt?" Hierauf platzt sie unter lebhaftem Affekt mit den Worten heraus: „Ja gewiß, aber von der will ich nichts mehr wissen, denn ich habe mich sehr über sie geärgert. Sie behauptet nämlich immer, daß der Geistliche in der Beichte sie genau dasselbe frage wie mich und genau so viel Interesse für sie habe als für mich, und das

ist ganz gewiß gelogen. Seitdem sie mich derartig belogen hat, habe ich den Verkehr mit ihr abgebrochen." Im Anschluß an dieses seltsame Verschreiben stellt sich dann weiter heraus, daß sie mit besagter Freundin früher sehr intime körperliche Berührungen ausgetauscht hatte, daß dies, nachdem sie sich in den Geistlichen verliebt hatte, aufgehört hatte, und daß zeitlich unmittelbar darauf die Angstzustände einsetzten. In diesem Fall war also das Verschreiben ein wesentliches Mittel, um in der Analyse hinter die eigentlichen Ursachen zu kommen.

4. Ein junges, stark erotisch erregtes, aber diese Erotik aufs heftigste verdrängendes Mädchen soll mir ihre Krankengeschichte schreiben und bemerkt darin u. a. „Es war immer mein heftigstes Bettstreben (anstatt Bestreben), mich von allen Männern fernzuhalten." An Hand dieses Verschreibens konnte ihr zum erstenmal klar gemacht werden, was in Wirklichkeit, währenddem sie in Abwehr gegen den Mann zu sein glaubte, in ihr vorging. Sie war von diesem Augenblicke an der Analyse erst richtig zugänglich.

Versprechen.

1. Ein Kollege erzählt mir: „Ich wollte einer Patientin das Wesen der Reaktion klar machen, verspreche mich dabei aber zweimal hintereinander, indem ich statt Reaktion Erektion sage. Die Patientin, eine aufgeklärte und vernünftige Frau, lacht laut, und ich werde erst dadurch auf das Versprechen aufmerksam. Bei Einstellen auf dieses Versprechen fiel mir ein, ich hatte in der vorhergehenden Nacht stark darunter gelitten, daß ich meiner Frau gegenüber eine Erektion nicht mehr aufbringen konnte, weil mir augenblicklich eine andere Frau reizvoller erschien. Mit diesem Gedanken hatte ich mich also unbewußt weiter stark beschäftigt, und er kam in dem Versprechen zum Ausdruck.

2. Frl. J. will mir erzählen, daß sie öfters Erbrechen habe. Sie sagt statt dessen „Verbrechen" und gibt, darauf eingestellt, an, sie habe in letzter Zeit Vorträge eines Jesuitenpaters gehört, der viel über sexuelle Dinge gesprochen habe. Dadurch sei ihre Phantasie stark in dieser Richtung angeregt worden, und sie habe immer in letzter Zeit denken müssen, daß das eigentlich ein Verbrechen sei.

3. Eine Patientin sagt in der Zeit, wo sie einerseits stark auf mich übertragen, aber andererseits auch wegen der gerade besprochenen Dinge heftige Abwehr gegen mich hat, als sie mich eines Tages etwas müde findet, in mütterlicher Weise: „Herr Doktor, Sie müssen jetzt auch einmal Hand an sich selbst legen." Sie drückt also aus: ich möchte für dich sorgen, ich möchte dich zugleich aber auch beseitigen.

4. Eine Patientin, die sich in starker Übertragung auf mich befindet, sitzt eines Tages mit ihrem Mann beim Mittagessen in einem Restaurant. Sie unterhalten sich über gleichgültige Dinge, und ihre Gedanken schweifen immer wieder, wie sie nachher angibt, zu meiner Behandlung zurück. Sie hat den lebhaften Wunsch, wieder hierher kommen zu können. Ihr Mann trinkt ihr zu, sie hebt das Glas freundlich lächelnd und sagt anstatt: Prosit „Auf Wiedersehen", worauf sie und ihr Mann in ein typisches Komplexlachen ausbrechen.

Wie manchmal scheinbar gänzlich harmlos eingeflickte Wörter einen ganzen Komplex verraten können, zeigt folgendes:

Ein Bauer kommt mit heftigen Schmerzen im Leibe zu mir. Er hatte dieselben Beschwerden schon einige Jahre vorher gehabt, damals ebenfalls als

Ausdruck einer Depression. Auf meine Frage nach seiner Frau sagt er: „Ach, die ist jetzt auch wieder in Ordnung.“ Dieses „Auch“, in diesem Zusammenhang völlig deplaciert, mußte sich auf einen zugrunde liegenden Vergleich anderer Art beziehen. Ich sagte ihm also: „Sie wollen sagen: meine Frau ist auch an dem Zustand mit schuld.“ Darauf erzählt er sofort mit starkem Affekt, daß er seiner Frau wegen seine Mutter, die bisher bei ihm gewohnt habe, in ein Frauenheim habe bringen müssen, und daß im Anschluß daran sein jetziger Zustand entstanden sei, denn er habe sich darüber viele Gedanken gemacht.

Es zeigt sich also, daß das obige „Auch“ und „Wieder“ sich gar nicht auf den Inhalt des Satzes bezog, in dem es gebraucht wurde, sondern in einen größtenteils unbewußten Komplex hineingehörte, und daß der Satz eigentlich so hätte heißen sollen: „Meine Frau ist auch wieder schuld an meiner Depression.“

Versehen.

1. Eine Kranke ist seit 4 Wochen in meiner Behandlung. Sie hatte mir wiederholt erklärt, daß ich ihr sehr sympathisch sei, da ich ihrem Vater so sehr ähnlich sehe. Als ich ihr nun in dieser Zeit etwas klar mache, was ihr sehr unsympathisch ist und wobei sie plötzlich in eine heftige Abwehr gegen mich hineingerät, sieht sie mich während der Sprechstunde plötzlich erstaunt an und sagt: „Wie komisch, ich dachte doch immer, Sie hätten einen schwarzen Schnurrbart, und von Ihrem Spitzbart habe ich überhaupt noch nichts gesehen.“ Aufgefordert, mir zu sagen, was ihr denn einfiele, wenn sie an den schwarzen Schnurrbart dächte, erklärt sie sofort: „Natürlich hat mein Vater einen schwarzen Schnurrbart gehabt.“

Die Identifikation mit dem Vater, die die Stärke ihrer Übertragung auf mich bedingt hatte, hat sie also die Wirklichkeit vollkommen fälschen lassen; umgekehrt hatte die durch die zeitweise Wut auf mich hervorgerufene Zerreißung der Identifikation sie plötzlich in diesem Falle den Anschluß an die Wirklichkeit wieder finden lassen.

2. Ich behandle einen Herrn, der mir durch seine langatmigen Auseinandersetzungen und seine innere Widerspenstigkeit als Patient höchst unsympathisch ist. Ein Kollege von auswärts, der Sohn dieses Herrn, wünscht mich eines Tages zu sprechen. Ich bestelle ihn auf eine bestimmte Stunde. Am nächsten Tage habe ich viel zu tun und ärgere mich daher über einen nicht bestellten neuen Patienten, der im Wartezimmer sitzt und den ich nicht zu kennen glaube. Ich lasse ihn zwei Stunden warten und ärgere mich jedesmal bei der Vornahme eines neuen Patienten, daß er noch da sitzt. Schließlich stellt er sich als den Sohn des betreffenden Herrn vor, und jetzt erst wird mir klar, warum ich ein so ungewöhnlich unangenehmes Gefühl empfunden hatte, als ich den Herrn im Wartezimmer sitzen sah. Hier ist also die Unlust über den Patienten auf den Sohn verschoben worden, zugleich aber hat der unbewußte Wunsch, mich nicht mit dem unerfreulichen Patienten beschäftigen zu müssen, die Erinnerung an unsere Absprache vom Tage vorher verdrängt und meinem Unmut über den Patienten Gelegenheit gegeben, sich an dem Sohne auszulassen.

Verlegen und Verlieren.

1. Frl. J. läßt während der Zeit, wo sie starken Widerstand gegen mich leistet, wiederholt Diktate, die ich ihr gegeben habe, ins Wasser oder ins Bad fallen. Eines Tages leihe ich ihr einen Bleistift zum Schreiben des Diktats. Am nächsten Tag vermisse ich ihn und frage sie, ob sie ihn vielleicht zufällig

noch habe. Sie leugnet es ganz entschieden. Es vergehen mehrere Tage, und meine Annahme, daß der einigermaßen kostbare silberne Bleistift von ihr zurückgehalten werde, verstärkt sich, da er eigentlich anderswo kaum sein konnte. Ich fordere sie schließlich auf, in meiner Gegenwart mal ihr Täschchen nachzusehen. Sie findet den Bleistift darin, sieht mich sprachlos an, bricht in heftiges Weinen aus und versichert mir, daß sie dutzende Male das Täschchen schon umgekrempelt habe, weil es ihr so sehr peinlich gewesen sei, daß ich glaubte, sie hätte den Bleistift nicht zurückzugeben.

2. Ich habe einen Vortrag gehalten in der Zeit, wo die Gegnerschaft gegen alles Psychotherapeutische noch sehr groß war, und hatte dabei viel Widerspruch erfahren. Trotzdem entschloß ich mich, den Vortrag zu veröffentlichen, hatte aber, als ich ihn zu diesem Zweck noch einmal durchlesen wollte, das Manuskript verlegt und konnte es trotz vielen Suchens nicht finden. In diesem Fall war also die Unlust über die Angelegenheit, der Wunsch, mich weiteren Unannehmlichkeiten nicht auszusetzen, offenbar die Ursache des Verlegens. Als Beweis der Richtigkeit dieser Auffassung mag dann das Wiederfinden des Manuskriptes dienen: als ich nach längerer Zeit von einem Kollegen einen sehr zustimmenden Brief betreffs meiner psychotherapeutischen Arbeit im allgemeinen bekommen hatte, dachte ich plötzlich wieder an die Absendung des Manuskriptes, ging automatisch an einen bestimmten Schrank, öffnete die Schublade und hatte das Manuskript in Händen, obwohl ich sonst nie gerade in diese Schublade Manuskripte zu legen pflegte.

Symptomhandlungen.

1. Eine Kranke antwortet auf meine Frage, ob sie heute einen Brief bekommen habe, mit „nein". Nach einigen Minuten sagt sie: „Ach ich habe doch einen kurzen Brief von meiner Erzieherin gehabt, habe ihn aber gleich zerrissen, er enthielt nichts." Auf die weitere Frage, ob sie das immer tue, sagt sie: „Ja." Auf nochmalige Frage erklärt sie: „Nein, aber in diesem Falle war nichts drin. Ich bewahre sonst allerdings alle Briefe mindestens ein halbes Jahr auf. (Also warum haben Sie ihn zerrissen?) Weiß ich nicht, wahrscheinlich weil nichts drin war." Dann fängt sie an zu lachen und erklärt: „Oder sollte es vielleicht deshalb sein, weil ich sehnlichst auf einen Brief meiner Freundin gewartet habe und darüber erzürnt war, daß nur die Erzieherin schrieb? Auf diese habe ich nämlich von früher her noch immer mancherlei Ärger in mir."

2. Wie wenig Rücksicht das Unbewußte auf das Glück oder Unglück des bewußten Teils im Menschen nimmt, dafür noch zwei Beispiele. Sie geben zugleich eine leise Ahnung von all den Komplikationen, die durch Fehlhandlungen entstehen können.

Frau N. ärgert sich des öftern darüber, daß ihr Mann aus dem Kasino spät nach Hause kommt. Als er eines Abends wieder spät erscheint, findet er die Schlafzimmertür verschlossen, rüttelt daran, die Frau fährt aus dem Schlafe auf und fragt verwundert, was er denn mache, will durchaus nicht glauben, daß die Tür abgeschlossen ist, und ist höchst verwundert, als sie das tatsächlich wahr findet; denn sie hat nicht die geringste Erinnerung daran, sie abgeschlossen zu haben. Zwei Tage darauf geschieht dasselbe. Wieder einen Tag später hatte sie Zucker, den sie zum Backen eines Kuchens für ihren Mann gekauft hatte, „zufällig" auf der Straße fallen lassen, so daß der ganze Zucker

verdorben war, und unmittelbar vorher hatte sie eine Tasse, die sie von ihrem Mann geschenkt bekommen hatte, ebenfalls zu Boden fallen lassen.

Dieselbe Patientin kauft ihrem Mann ungefähr in derselben Zeit eine Anzahl von Weihnachtsgeschenken, vergißt aber bei der Bescherung, sie auf den Tisch zu stellen, und wird erst lange nachher, als der Mann beim Zubettgehen sagte, eigentlich habe sie ihn diesmal doch recht kärglich behandelt, darauf aufmerksam.

3. Eine als Mutter sehr eifersüchtige Frau erlebt nur mit großem Widerstreben die Verlobung ihrer Tochter. Zwei Tage vor der Verlobung kommt sie erschreckt nach Hause und erzählt unter allen Zeichen der Erregung, daß sie sich sehr entsetzt habe, weil sie beinahe von der Elektrischen überfahren worden sei. Sie glaube sicher, das rühre von der Aufregung über die Verlobung her und sei überzeugt, daß ihr das auch wirklich nochmal passieren werde. Am nächsten Tage findet die Verlobung trotzdem statt. Am übernächsten wird der Verlobte ans Telephon gerufen und ihm mitgeteilt, daß seine Schwiegermutter unter die Elektrische geraten und der rechte Arm dabei abgefahren worden sei. Die Amputation mußte zunächst am Unterarm, später bis zum obersten Drittel des Oberarmes ausgedehnt werden. Und die Schmerzen der schwer nervösen Frau hielten die Tochter während ihrer ganzen Verlobungszeit dauernd in Erregung und Unruhe. Die Mutter hatte also erreicht, was sie unbewußt wollte.

4. Eine mit ihrer Mutter in der Kindheit und auch später noch häufig in stärksten Differenzen lebende junge Frau erzählt mir während der Behandlung folgendes: „Gestern nachmittag war ich eingeladen. Ich habe sonst niemals in den letzten Jahren zu irgend einem Kaffee etwas zum Stricken, Flicken oder Sticken mitgenommen. Gestern aber hatte ich den heftigen Drang, eine Stickarbeit anzufangen. Ich habe dann in der Kaffeegesellschaft mit großem Eifer gestickt und mich am Abend gefragt, wie ich eigentlich dazu gekommen sei. Als Grund fiel mir nur ein, daß die anderen Damen auch etwas arbeiteten. Das kann aber in Wirklichkeit der Grund nicht gewesen sein; denn ich habe mich darum nie gekümmert. Während des Abendessens kam mir dann plötzlich die Erleuchtung: Sie hatten ja gestern morgen mit mir den Mutterkomplex noch einmal besprochen. Meine Mutter liebte Stickereien sehr und hatte darin eine ganz unglaubliche Gewandtheit. Ich habe mich immer heftig dagegen gewehrt, es lernen zu müssen, hatte aber schon einmal als Kind eine Phase, wo ich mich mit großem Eifer darauf warf und es zu einer größeren Fertigkeit darin brachte als alle meine Mitschülerinnen. Diese Phase setzte nach einer Zeit heftigster Abwehr gegen meine Mutter ein. Als ich gestern morgen so furchtbar über sie geschimpft hatte, bekam ich ein ganz deutliches Schuldgefühl, wie ich es auch damals als Kind gehabt habe, und es ist mir kein Zweifel, daß ich mit dem Sticken eine Art Sühneversuch der Mutter gegenüber, zugleich eine Art von Abtragung meiner Dankbarkeit zum Ausdruck bringen wollte."

5. Ich spiele eines Tages meinem Jungen das Lied „Waldvöglein" vor. Dabei gerate ich deutlich in eine etwas rührselige Stimmung. Unmittelbar hinterher fällt mir plötzlich ein, daß ich unbedingt an eine alte Tante schreiben müsse, die ich seit Jahren völlig vernachlässigt hatte. Als ich mich über diesen sonderbaren Drang besinne, fällt mir plötzlich ein, daß mir diese Tante das besagte Lied als Kind beigebracht hatte. Am morgen darauf hatte ich eine familiäre Unannehmlichkeit und ertappte mich kurze Zeit nachher darauf, daß ich laut und ununterbrochen das Lied „Waldvöglein" pfiff, also mich offensichtlich in die Vergangenheit flüchtete.

Der Witz.

Ganz kurz möchte ich noch eine weitere Quelle, an der man das Unbewußte studieren kann und die also auch gelegentlich für diagnostische und therapeutische Zwecke heranzuziehen ist, nämlich den Witz, nennen. Freud (66) sagt, der Gedanke, der zum Zwecke der Witzbildung ins Unbewußte eintauche, suche dort nur die alte Heimstätte des einstigen Spieles mit Worten, wobei das Denken für einen Moment auf die kindliche Stufe zurückversetzt wird, um so der kindlichen Lustquelle wieder habhaft zu werden. Das Komplexlachen, das viele Patienten zeigen, wenn es gelungen ist, das verhüllte Unbewußte ihrer bewußten Wahrnehmung zu zeigen, deutet darauf hin, daß die Aufdeckung unbewußter Vorgänge überhaupt häufig als komisch wirkend empfunden wird. Mir ist auch bei zahlreichen Patienten aufgefallen, daß sie, besonders wenn sie in eine erotisch erregte Stimmung geraten, die anders nicht abreagiert werden kann, weil sie noch nicht bewußt werden darf, plötzlich anfangen, Witze zu machen oder Witze zu erzählen. Analysiert man diese nach den bei den Träumen angewandten Prinzipien, also unter Berücksichtigung der Vorgänge der Verdrängung, Verdichtung, Verschiebung usw., so gelangt man dadurch oft zu Komplexen, die auf anderem Wege nicht so sicher, namentlich oft nicht so schnell zu finden gewesen wären.

Das Assoziationsexperiment.

In Fällen, wo man sich rasch einen kurzen vorläufigen Überblick über einige wesentliche Komplexe (d. h. Gruppen von zusammengehörigen, mit Affekt besetzten Vorstellungen und Gefühlen) verschaffen will oder, was sich mir oft als recht wertvoll erwiesen hat, wo man einen ungläubigen und widerspenstigen Kranken von dem Vorhandensein solcher Komplexe in einer ihm exakter als das sonstige analytische Vorgehen erscheinenden Weise zeigen will, oder endlich wo man während der Analyse auf einen toten Punkt gekommen zu sein scheint, bedient man sich mit Vorteil des sogenannten Assoziationsexperimentes. Es ist von Bleuler und vor allem von Jung (124) in die Psychoanalyse eingeführt worden. Dieser Assoziations- oder Reaktionsversuch wird folgendermaßen angestellt: Der Versuchsperson werden eine Reihe von Worten als Reiz zugerufen. Sie wird aufgefordert, auf jedes Reizwort das erste ihr einfallende Wort, den ersten Gedanken, das erste Bild oder was sonst in ihrem Bewußtsein auftaucht, anzugeben, ohne sich durch irgend welche Rücksichten dabei hemmen zu lassen. Die Zeit vom Aussprechen des Reizwortes bis zur Reaktion der Versuchsperson wird mit einer Fünftelsekundenuhr gemessen (zu ganz flüchtigen Überblicken genügt es auch, sie ungefähr abzuschätzen). Man stellt die Reizworttabelle in der Weise zusammen, daß man zunächst etwa ein Dutzend beliebiger Worte wählt,

von denen man annimmt, daß sie für den Patienten keinerlei Affektwert besitzen. Dadurch wird er zunächst an glattes Antworten gewöhnt. Dann aber mischt man zwischen einige gleichgültige Worte in unregelmäßigen Abständen solche ein, von denen bei der Art des Patienten anzunehmen ist, daß dadurch irgend welche Komplexe oder überwertige Vorstellungsgruppen angeregt werden.

Man sieht nun, daß Komplexworte eine auffallend verlängerte Reaktionszeit ergeben, während indifferente Stichworte meist rasch und hemmungslos beantwortet werden. Dabei kann man nicht selten auch gewisse mimische und sonstige Reaktionen beobachten, wie Erröten oder Erblassen, Hin- und Herrücken auf dem Stuhle, auffallende Bewegung mit den Fingern, Veränderung des Gesichtsausdrucks, Stocken des Sprechens und häufig auch sogenanntes Komplexlachen, d. h. ein scheinbar unmotiviertes, aber durch dies Anregen des Komplexes bedingtes Lachen. Auch der Inhalt der Reaktionsworte kann uns auf wichtige Spuren führen, z. B. besonders sonderbare Worte oder Neigung zur Wiederholung von Worten, auffallende Werturteile, die sich in den Worten ausdrücken, oder Worte, die direkt auf die Komplexe hindeuten. Wenn man keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein bestimmter Komplexe hat, so kann man zur vorläufigen Orientierung auch ein großes, allgemeines Reizwortschema von 100 Worten wählen, das man sich am besten gedruckt vorrätig hält. Nach Abschluß des Reaktionsversuchs werden die stark verlängerten oder sonst als ungewöhnlich erscheinenden Reaktionen zusammengestellt und nachgesehen, ob sie sich irgendwie in bestimmte Gruppen einreihen lassen.

Selbstverständlich kann man diese Art von Erforschung unbewußter Vorgänge niemals für sich allein verwenden, da die Möglichkeiten der psychologischen Konstellation dabei häufig außerordentlich groß sind. Man muß sie vielmehr mit den Ergebnissen der sonstigen Befragung und Besprechung verbinden und erst dann seine Schlüsse ziehen. Wichtig ist nur, wie schon oben erwähnt, daß man häufig dadurch rasch vorläufige Hinweise bekommt u. a. auch deswegen, weil die tatsächlichen Erlebnismöglichkeiten des einzelnen Individuums im Durchschnitt verhältnismäßig nicht so sehr groß sind, so daß man unter Berücksichtigung von Lebensalter, allgemeinen Lebensverhältnissen und Gesamteindruck des Patienten auch nur eine beschränkte Zahl typischer Reaktionen zu erwarten hat.

Einige Beispiele mögen auch hier das Obige erläutern:

Eine Versuchsperson Jungs lieferte sehr gleichmäßige normale Reaktionszeiten und unauffällige Reaktionsworte bis zu dem Wort „verachten". Darauf Verlängerung der Reaktionszeit und als Reaktionswort, obwohl sie Deutsche war, das französische Wort „mépriser". Diese Reaktion erklärte sich so: die Versuchsperson hatte in einem französischen Roman gelesen, daß ein Ehemann während der Schwangerschaft seiner Frau sich in Ekel von ihr abwandte. Sie hatte Angst, da sie selbst schwanger war, das könnte ihr auch passieren.

Bei einem Geistlichen, der sich nicht recht dazu bekennen wollte, daß

die bisherigen Ergebnisse der Analyse einwandfreie Beweise für die tatsächliche Existenz der von mir angenommenen Komplexe seien, machte ich folgenden Assoziationsversuch:

Reizwort:	Reaktion:
Bank	Sessel
Laden	Ladenfräulein, 4 Sekunden
Kloster	Schwester
Liebe	Mädchen, 5 Sekunden
Vater	Mutter
Bruder	Schwester
Mutter	Kind
Kusine	zuerst 5 Sekunden Pause, dann lacht er: „Jetzt fällt mir mein Hund ein, der war nämlich schuld an einem Rückfall. Meine Kusine hatte ihn in X. bekommen. Wir 3, Schwester, Kusine und ich, lebten zusammen. Ich weinte furchtbar, als das Tier gestorben war."
Beruf	Geschenk (mit besonderer Betonung und erst nach 3 Sekunden)
Öffentliches Leben	Privates Leben, lacht, sagt: „Ich komme allmählich in Antithesen"
Bischof	Priester, 4 Sekunden
Schuld	Erotik
Haß	fällt mir auf einmal ein: Stuhl,
Freude	Jagd, 3 Sekunden, „Ich ging früher mit dem Bruder meiner Kusine auf die Jagd."
Onanie	5 Sekunden, fällt mir nichts ein.
Der Ort V.	3 Sekunden, lächelt: „Ich habe dort einmal eine große Feier gegeben für die Gefallenen, es war eigentlich ein gewagtes Unternehmen."

Auf Grund dieser Assoziationen konnte ich ihm zeigen, daß seine Erotik im allgemeinen ihm viel zu schaffen machte, ebenso wie die Onanie im besondern, daß seine Kusine eine große Rolle in seinem zölibatären Leben spielte, was er sich nie hatte recht zugeben wollen, daß sein Ehrgeiz (vgl. die Reaktion bei Bischof, Beruf und dem Ort V.) eine sehr ausgesprochene Komponente in ihm war u. a. m. Der Patient erklärte sich von da an für überwunden.

Eine ausgesprochene egozentrische Reaktion findet man z. B. bei Riklin (Kasuistische Beiträge zur Kenntnis hysterischer Assoziations-Phänomene, Journal für Psychologie und Neurologie, 1906, Bd. 7): Nadel — grausam, See — Furcht, Berg — grausam, Traum — furchtbar, Schule — fürchterlich, Tanzen — dumm, Jetzt — schlecht, Zeit — langweilig usw.

Eine manchmal nicht unzweckmäßige, weil noch mehr anschauliche Assoziationen auslösende Art des Reaktionsversuchs habe ich öfters mit Erfolg angewandt, indem ich den Patienten allerlei Gegenstände vor Augen hielt und sie darauf reagieren ließ. Wie deutlich dabei manchmal wesentliche Komplexe zum Vorschein kommen können, zeigt folgender

Versuch bei einem 15jährigen, mit seiner Mutter im allerheftigsten Kampf stehenden Jungen:

Ich zeige ihm eine Zigarettenschachtel — daß Muttchen ziemlich viel raucht; Zeitschrift — daß Muttchen auch oft eine kauft; eine kleine Pierrotstatuette — ein Pierrot, von Muttchen vielleicht? Tintenwischer — auf unserem Schreibtisch steht so ein Ding nicht; Messer — so ein Ding habe ich früher einmal kaput gemacht, Muttchen hat geschimpft; Kneifer — ähnlicher Klemmer wie Muttchen; Buch — sieht so aus wie der Roman, den Muttchen jetzt liest. Der japanisch aussehende Einband erinnert mich daran, daß Muttchen nach Japan wollte. Bleistift — so einen hatte ich auch einmal; Brief — solche Briefbogen hat Muttchen nie.

Man sieht hier die absolute Bedeutung des Mutterkomplexes mit einwandfreier Deutlichkeit und sieht vor allem, wie die scheinbare Haßeinstellung gegen die Mutter einem ganz intensiven Wunsch, mit der Mutter dauernd alles in Verbindung zu bringen und der daraus naturgemäß resultierenden Enttäuschung über scheinbar ungenügende Liebe der Mutter entspringt. Dieser Nachweis überwältigte den Patienten selbst so, daß er von da an in der Analyse sehr rasche Fortschritte machte.

Ein Schema, das zur vorläufigen Orientierung geeignet ist, gebe ich nach Kretschmer hier wieder:

Name . . . . . Krankheit . . . . . .
Beruf . . . . . Datum . . . . . .

1. Kopf	26. blau	51. Frosch	76. waschen
2. grün	27. Lampe	52. scheiden	77. Kuh
3. Wasser	28. sündigen	53. Hunger	78. fremd
4. singen	29. Brot	54. weiß	79. Glück
5. Tod	30. reich	55. Kind	80. lügen
6. lang	31. Baum	56. aufpassen	81. Anstand
7. Schiff	32. stechen	57. Bleistift	82. eng
8. zahlen	33. Mitleid	58. traurig	83. Bruder
9. Fenster	34. gold	59. Pflaume	84. fürchten
10. freundlich	35. Berg	60. heiraten	85. Storch
11. Tisch	36. sterben	61. Haus	86. falsch
12. fragen	37. Salz	62. lieb	87. Angst
13. Dort	38. neu	63. Glas	88. küssen
14. kalt	39. Sitte	64. streiten	89. Braut
15. Stengel	40. beten	65. Pelz	90. rein
16. tanzen	41. Geld	66. groß	91. Türe
17. See	42. dumm	67. Rübe	92. wählen
18. krank	43. Heft	68. malen	93. Heu
19. Stolz	44. verachten	69. Teil	94. zufrieden
20. kochen	45. Finger	70. alt	95. Spott
21. Tinte	46. teuer	71. Blume	96. schlafen
22. bös	47. Vögel	72. schlagen	97. Monat
23. Nadel	48. fallen	73. Kasten	98. hübsch
24. schwimmen	49. Buch	74. wild	99. Frau
25. Reise	50. ungerecht	75. Familie	100. schimpfen

Man kann das Assoziationsexperiment auch in der Weise zur Prüfung der Reaktion benützen, daß man einen in Hand nehmen läßt, wie gewöhnlich mit der Versuchsperson in der Absicht in den Assoziationen wechselt, wo [illegible] Reaktionszeiten waren, wenn sie kleiner, wo Irrreaktionen produziert wurden, wenn [illegible], wenn [illegible] Reaktionen auf, wo vorher große Lücken waren, bekommt man jetzt mühelose Antworten usw. Natürlich ist dazu Voraussetzung, daß die Bedingungen für einen ruhigen Assoziationsverlauf bestehen sind, wie für die früheren, d. h. also bestimmte Reizworte und bestimmte äußere Umstände. Eine Modifikation des Assoziationsverfahrens, der mir manchmal gute Dienste geleistet hat, besteht darin, daß ich nach dem Schema von Kraepelin-Aschaffenburg Additionsaufgaben zur Ergänzung gebe und dann aus diesen oder meinen Assoziationen vermutete Komplexe lokalisiere. Es ist auch unter Umständen möglich, von irgend einem beliebigen Satz oder Wort ausgehend und einfach frei assoziieren zu lassen. Dies ist in den Fällen besonders günstig, wo absichtlich keine neuen Komplexe mehr gebildet werden sollen, da die verschiedenen Affekte um so leichter lokalisiert, je weniger ihr Hervorkommen erwartet wird. So wird durch ein solches Vorgehen die Aufdeckung tatsächlich durch vorhandener Komplexe manchmal eher möglich sein, als wenn man direkt darauf ausgeht. Eine Zweckmäßigkeit ist es häufig, an eine besonders auffällige Reaktion in der Weise anzuknüpfen, daß man auf diese Reaktion weiter reagieren läßt, die nächste Reaktion dann wieder zum Anlaß weiterer Reaktionen nimmt und so fortfährt, bis man den Komplex klar vor sich hat. Folgende Beispiele illustrieren das klar.

Frau K. kommt wegen hartnäckiger Migräne in Behandlung. Nachdem es eine Weile gedauert hatte gelungen war, erwähnte sie einen Tages mit sehr heftigen Kopfschmerzen und behauptete bestimmt, irgendeine Ursache dafür zu wissen. Auf die Kopfschmerzen angestellt und aufgefordert zu sagen, was sie von meinem behaupten sie zuerst, es käme nichts zum Vorschein. Wiederholt gedrängt, erklärt sie schließlich: „Wenn ich denke? Nun, ich denke an meine Braut." (Und bei Braut?) „denke ich daran, daß ich sie zum letztenmal in K. angeblickt habe, als mein Mann im Feld rückte." (Und bei K.?) „daß ich sie am nächsten Tag nochmal angeblickt habe, als der andere Mann mit dem mit damals im Verkehre stand, sie bemerkte." (Und bei dem andern Mann?) „daß er mir gegen Morgen von K. aus telephonierte, ob er mich treffen könnte und daß ich mir den ganzen Nachmittag stark überlegt habe, ob ich das nicht tun sollte und jetzt kann ich mich verstehen, warum ich Kopfschmerzen habe."

Herr A., der wegen Agoraphobie bei mir in Behandlung ist, erhielt einen Reizwort ganz besonders schlecht und mußte die ganze Nacht über darüber denken, daß das Reizwort das er für den Arzt in einem bestimmten Raum liegen hatte, in Brand gesteckt werden könnte. Es wurden zunächst einige harmlose Reizworte gegeben, dann folgte das Wort „Brand" usw. Darauf reagiert er mit „Kinderkrankheiten", auf diese Reaktionswort reagiert er mit Zimmer und dann fällt ihm plötzlich ein, daß das Kinderkrankheiten, das er einige Wochen

vorher engagiert hatte, in dem Zimmer über dem Benzolraum schläft, und daß er am Abend vorher sich einige leichte körperliche Berührungen mit ihr gestattet hatte.

In diesem Falle ist also auf die Einstellung nicht bloß die richtige Assoziation gefunden worden, sondern das Beispiel zeigt zugleich, wie die Symbolik des Unbewußten sich der Vorstellung von Explosivstoff, Brand usw. zur Darstellung erotischer Beziehungen bedient.

Die psychoanalytische Auffassung seelischer Vorgänge.

Auf Grund dieser Technik kommen nun Freud und seine Mitarbeiter zu einer Auffassung des Seelenlebens und der Neurosen sowie sonstiger funktioneller Störungen, die sich in den gröbsten Umrissen folgendermaßen darstellen läßt:

Alles seelische Geschehen baut sich auf wenigen elementaren Triebregungen auf. Das ist der Selbsterhaltungstrieb mit der daran sich anschließenden Tendenz, sich selbst auch in geistiger Beziehung durchzusetzen (Wille zur Macht, Ehrgeiz usw.), dann der Nahrungstrieb mit seinen nächsten Abkömmlingen (Tendenz zum Erwerben von Geld und Geldeswert) und der Fortpflanzungstrieb mit seinen verschiedenartigen Einzelgestaltungen in Form des Triebes zur Erhaltung der Gattung, zur körperlichen Vereinigung, zum Vater- und Mutter-sein-wollen. Es ist meiner Ansicht nach ein vergebliches Bemühen, diese Triebregungen streng gegeneinander abgrenzen zu wollen. Einer hängt mit dem andern aufs engste zusammen, und aus einem lassen sich jeweils die andern ableiten, so daß man sowohl den Fortpflanzungstrieb als das Elementare und den Machtbetrieb als das daraus Hervorwachsende, wie umgekehrt den Selbsterhaltungstrieb als das Ursprüngliche und den Fortpflanzungstrieb als eine seiner gattungsmäßigen Äußerungsformen ansehen kann. Die frühesten Erlebnisse triebhaftester Art nun, die wir in der allerersten Kindheit machen, sind entscheidend für unsere ganze Charaktergestaltung, und zwar neigt Freud und seine engere Schule dazu, die Symptome der Neurosen und anderer funktioneller Störungen wesentlich auf Eindrücke und Erfahrungen erotischer Art zurückzuführen, eine Auffassung, die ich in ihrer ausgesprochenen Form nicht teilen kann, da mir andere Triebregungen wie gesagt unter bestimmten Umständen ebenso wichtig oder wichtiger zu sein scheinen. Freud sieht demnach in allen funktionellen Störungen nur Erscheinungen und Verwandlungsformen dessen, was er als „Libido" bezeichnet. Dieser Ausdruck umfaßt alle auf Lustgewinn ausgehenden Triebfaktoren zusammen und hat sich deshalb in der psychoanalytischen Literatur allmählich eine immer weitere Begriffskreise einbeziehende Bedeutung errungen, bis ihn Jung (128) so weit gefaßt hat, daß er eigentlich mit Lebensdrang und psychischer Vitalität identisch geworden ist. Die libidinösen Strebungen werden unter dem Druck der oben

genannten moralischen, ästhetischen und sozialen Instanzen aus dem Bewußtsein verdrängt, und die dynamische Spannung zwischen den verdrängten Triebregungen und den verdrängenden Instanzen muß zu allerlei Auswegen und Kompromissen führen: entweder werden die verdrängten Kräfte in motorische Leitungsbahnen und -zentren geworfen oder äußern sie sich auf dem Gebiete der Sensibilität oder irgend welcher anderer Organfunktionen, es entstehen Konversionen wie der Fachausdruck lautet. Auf der anderen Seite ist auch der Ausweg ins Seelische möglich und zwar dergestalt, daß irgend welche, an sich indifferenten Vorgänge „mit Libido besetzt" werden und so einen Affektzuwachs erhalten, der aus der sonstigen psychologischen Konstellation sich nicht begründen ließe. Endlich stellen auch Sprache und Ausdrucksformen anderer Art der Libido eine Reihe von Möglichkeiten zur Verfügung wie sie sich symbolisch äußern und so ihre Energie sich entladen lassen kann.

Die Entwicklung der eigentlichen sexuellen Libido geht nun so vor sich, daß beim Säugling im frühesten Kindesalter zunächst noch alle Körperfunktionen einfach als Ausdrucksformen unmittelbarer Vitalität lustbetont sind. Der Sexualtrieb, noch unabhängig von der Funktion der Fortpflanzung, dient der Gewinnung verschiedener Arten von Lustempfindung. Die Hauptquelle der infantilen sexuellen Lust ist die Erregung bestimmter, besonders reizbarer Körperstellen. Zu diesen gehört außer der Mund-, After- und Harnröhrenöffnung auch die Haut im ganzen und andere Sinnesoberflächen. Die erste Phase der kindlichen Sexualität wird von Freud als die des Autoerotismus bezeichnet, da die Befriedigung am eigenen Körper gesucht und gefunden und von einem fremden Objekt abgesehen wird. Die für die Gewinnung sexueller Lust wichtigen Quellen nennt er erogene Zonen und nimmt an, daß das Ludeln und Wonnesaugen der kleinsten Kinder ein gutes Beispiel einer solchen autoerotischen Befriedigung sei. Eine andere Art der sexualen Befriedigung, die schon in sehr früher Kinderzeit vorkommt, ist die onanistische, die bekanntlich von vielen Menschen überhaupt nie ganz überwunden wird. Neben diesen Betätigungen zeigen sich sehr früh auch jene Triebkomponenten der Libido, die eine fremde Person als Objekt nehmen und in aktive und passive unterschieden werden können. Zur ersteren Gruppe gehört die Lust, Schmerzen zu bereiten, Sadismus, mit ihrem passiven Gegenstück, dem Masochismus und die aktive und passive Schaulust. Von ersterer leitet Freud die spätere Wißbegierde, von der letzteren den Drang zur künstlerischen und schauspielerischen Schaustellung ab. Der Geschlechtsunterschied spielt in dieser kindlichen Periode noch keine wesentliche Rolle. Man kann jedem Kind ohne weiteres ein Stück homosexueller Tendenz zuschreiben, wie ja überhaupt der Mensch im ganzen eine bisexuelle Veranlagung hat. Dieses undifferenzierte Sexualleben des Kindes, in dem jeder einzelne Trieb sozusagen unabhängig vom andern seine Lust sucht, macht nun

gegen Ende der Pubertätszeit einem definitiven Sexualcharaktr Platz, indem sich einerseits die einzelnen Triebe der Oberherrschaft der genitalen Zonen unterordnen, wodurch das ganze Geschlechtsleben seinem eigentlichen Zweck, nämlich der Fortpflanzung, zugeführt wird und seine Befriedigung wesentlich als Vorbereitung und Erfüllung des eigentlichen Sexualaktes in Betracht kommt; auf der anderen Seite wird der Autoerotismus dadurch verdrängt, daß sich die Libido auf ein äußeres Objekt wendet. Demgemäß werden alle Komponenten des Sexualtriebes auf die geliebte Person übertragen. Indessen werden nicht alle ursprünglichen Triebfaktoren zu dieser endgültigen Libidobetätigung zugelassen. Unter dem Einfluß der Erziehung haben noch vor der Pubertätszeit starke Verdrängungen gewisser Triebteile stattgefunden, die weiterhin unter dem Einfluß von Scham, Ekel und ähnlichen moralischen und sozialen Instanzen zurückgedämmt werden, besonders die sogenannten Koprophilie, d. h. mit den ersten Defäkationen zusammenhängende Lustregungen der Kindheit oder auch andere, sogenannte perverse, in Wirklichkeit aber nur kindlichen Stufen entsprechende Betätigungsweisen. Die Fixierung an die Personen der allerersten Objektwahl verfällt der Verdrängung. Eine Perversion ist also ein der Herrschaft der genitalen Zone entronnener Teiltrieb. Es kann aber natürlich auch das Sexualleben im ganzen einen infantilen Charakter behalten. Auch durch irgend welche besonderen Umstände kann eine Rückbildung (Regression) auf eine infantile Stufe hervorgerufen werden. Die Neurosen verhalten sich zu den Perversionen wie das Negativ zum Positiv; in ihnen sind dieselben Triebkomponenten als Träger der Komplexe und Symptombildner nachweisbar wie bei den Perversionen, aber sie wirken hier vom Unbewußten her; sie haben also eine Verdrängung erfahren, konnten sich aber derselben zum Trotze im Unbewußten behaupten. Die Psychoanalyse läßt uns erkennen, daß überstarke Äußerung dieser Triebe in sehr frühen Zeiten zu einer Art von partieller Fixierung führt, die nun einen schwachen Punkt im Gefüge der Sexualfunktion darstellt. Stößt die Ausübung der normalen Sexualfunktion im reifen Leben auf Hindernisse, so wird die Verdrängung der Entwicklungszeit gerade an jenen Stellen durchbrochen, wo die infantilen Fixierungen stattgefunden haben.

Die primitive Objektwahl des Kindes, die mit seiner Hilfsbedürftigkeit in engster Beziehung steht, wendet sich naturgemäß allen Pflegepersonen zu und vor allem den Eltern. Die Beziehung der Kinder zu den Eltern ist ausgesprochen seelisch-körperlicher Art. Das Liebkosen des Kindes durch Mutter und Vater, die körperliche Pflege, der körperliche und seelische Schutz, das Stillen des Kindes, die Reinlichkeitspflege und tausend andere Gelegenheiten bieten reichliche Veranlassung zur Ausbildung intimster körperlicher Berührungen. Und da andererseits die Sexualität des Kindes noch auf einer Stufe steht, auf der fast von jedem beliebigen Körperteil aus Lust gewonnen werden kann, so nimmt das Kind beide

Elternteile und einen Teil ganz besonders zum Gegenstand seiner erotischen Wünsche. Bekannt ist, daß dabei im allgemeinen der Vater die Tochter, die Mutter den Sohn bevorzugt, und das Kind beantwortet diese Bevorzugung, indem es sich als Sohn an die Stelle des Vaters, als Tochter an die Stelle der Mutter wünscht. Die dabei zwischen Eltern und Kindern und zwischen den Geschwistern untereinander geweckten Gefühle sind aber nicht nur positiver, zärtlicher, sondern auch negativer, feindseliger Art. Und da die Erziehung in einer Weise geleitet wird, die uns nur positive, zärtliche Beziehungen zu diesen Angehörigen als erlaubt erscheinen läßt, so ist auf diese Weise ein großer Teil frühkindlicher Wünsche und Regungen der Verdrängung verfallen, übt aber vom Unbewußten her eine um so stärkere und umfassendere Wirkung aus. Nach Freuds Ansicht ist der Kernkomplex einer jeden Neurose in diesen verdrängten Gefühlen und Regungen gegeben. Er nennt den dadurch geschaffenen Komplex den Ödipuskomplex (nach dem Mythos, in dem Ödipus seinen Vater tötet und seine Mutter zum Weibe nimmt).

In der frühinfantilen Zeit, wo dieser Kernkomplex noch unverdrängt herrscht, fängt das Kind an zu forschen, woher die Kinder kommen, und errät dunkel allerlei, was es nicht auszudrücken vermag. Es bildet sich eine „infantile Sexualtheorie", spricht dabei beiden Geschlechtern das gleiche männliche Genitale zu, läßt die Kinder durch Essen empfangen und durch das Ende des Darmes geboren werden, und sieht in dem sexuellen Akt eine Art von gewalttätiger Überwältigung. Die Art, wie es mit diesen Ergebnissen seiner „Sexualforschung" sich auseinandersetzt, ist von wesentlicher Bedeutung für die spätere Charakterentwicklung. Im späteren Alter muß sich das Kind, um selbständig zu werden, von den Eltern lösen, und die Vollständigkeit oder Unvollständigkeit dieser Lösung entscheidet darüber, wie es sich später zum Leben im ganzen einstellen kann.

Einige Beispiele für die Bindung an Vater, Mutter, Geschwister mögen das Obige illustrieren.

Frau Sch. erklärt eines Tages: „Zuerst habe ich Sie gar nicht gemocht, aber jetzt kommen Sie mir gerade vor wie mein Vater, und ich meine, Sie wären ihm eigentlich auch sehr ähnlich." Bei näherem Befragen ergibt sich, daß der Vater in Wirklichkeit nicht die allergeringste Ähnlichkeit mit mir hat.

Frl. W. meint, als ich ihr bei Gelegenheit eines Hypnoseversuchs über Kopf und Wangen strich, glücklich lächelnd: „So ähnlich hat es mein Vater auch gemacht, das war sogar noch schöner."

Frau D. erzählt, daß sie als Mädchen zwischen ihrem 13. und 15. Lebensjahr regelmäßig die Binden ihrer Mutter kontrolliert habe, um zu sehen, ob sie nicht vom Vater schwanger sei. Als sie eines Tages bei dieser Kontrolle zu entdecken glaubte, daß dieser Fall eingetreten sei, habe sie tagelang der Mutter eine Frechheit nach der andern gesagt und nur immer wieder Dinge getan, die sie schwer ärgern mußten. Auf meine Frage, ob sie denn auf den Vater nicht auch ärgerlich gewesen sei, erwidert sie: „Nein, bei dem fand ich

das natürlich." Dieselbe Dame schenkte ihrem Mann als erstes Geburtstagsgeschenk während ihrer Ehe einen Schlafrock, ein paar Pantoffeln und eine lange Pfeife. Auf seine erstaunte Frage, wie sie denn gerade dazu komme, erwidert sie strahlend: „So habe ich den Vater immer so schrecklich gerne gesehen." Eines Tages kam ihr Mann zu mir und bat mich, ich möchte doch seine Frau davon überzeugen, daß er nicht so schrecklich viel Milch zu trinken brauche. Er müsse morgens, mittags und abends ein halbes Liter unter allen Umständen zu sich nehmen, sonst gäbe es Krach. Und sie begründe das damit, daß das der Vater als so sehr gesund bezeichnet habe.

Herr X. sitzt nach dem Tode seiner Mutter an deren Leiche und ist in einer starken Erregung und Spannung. Er hört in ihrem Leib gewisse, wahrscheinlich durch das Eintreten der Leichenstarre bedingte Geräusche und produziert hierauf in den nächsten Stunden dauernd dieselben Geräusche in seinen Därmen. Erst nachdem er sich über den Sinn der letzteren, daß sie nämlich eine Art von Nachahmung der letzten scheinbaren Lebensäußerungen des Körpers der Mutter waren, klar geworden war, verschwinden diese Geräusche.

Frau H. erzählt von ihrem 24jährigen Sohne, er knutsche und küsse sie den ganzen Tag, da er seine Liebste nicht hier habe, und habe ihr gesagt: „Du kannst mir aber trotzdem gar nicht das alles geben, was mir die Mimi gibt, auch wenn ich dich noch so sehr abknutsche."

Herr W. klagt über allzu starke sexuelle Erregbarkeit seiner Frau gegenüber, die ihn schädige und deren Betätigung ihn schwer nervös mache. Er bittet mich, ihm zu verordnen, daß er sich zwar tagsüber, wo die äußeren Umstände sexuelle Beziehungen unmöglich machen, bei seiner Frau aufhalte, daß er dagegen die Nächte bei seiner Mutter zubringen dürfe. Er benutzt also in diesem Fall die Produktion einer übermäßig starken Libido der Frau gegenüber als Mittel, um seiner Abwehr gegen sie Ausdruck zu verleihen, deutet aber zu gleicher Zeit mit dem Wunsch, nachts bei der Mutter zuzubringen, an, was die eigentliche Ursache dieser Abwehr gegen seine Frau ist, nämlich die allzu starke Bindung an die Mutter. Die Aufklärung darüber hatte auch den gewünschten Erfolg, nämlich ruhiges, nicht übermäßiges libidinöses Verhältnis zu seiner Frau mit gleichzeitiger allmählicher Lösung von der Mutter.

Frau L. ist wegen vollkommener Frigidität und Sterilität bei mir in Behandlung. Nach einer Anzahl von Sitzungen ist sie plötzlich unfähig, irgend welche Einfälle zu produzieren, so daß die Analyse völlig ins Stocken zu geraten droht. Als Grund weiß sie zunächst nur anzugeben, daß es ihr unangenehm sei, weiter von ihrem Bruder zu sprechen, der früher von ihr, ebenso wie der Vater, aufs innigste geliebt worden war. Sie hatte mir bisher von ihm z. B. erzählt, daß sie mit 18, er mit 21 Jahren monatelang abends zusammen in ein bestimmtes Restaurant gegangen seien, um dort, in einer besonders lauschigen, verborgenen Ecke sitzend, die kostbarsten Weine und Sekt zu trinken. Es sei ganz „furchtbar nett" gewesen. Ihr Bruder hat ihr dann immer allerlei anzügliche Witze erzählt und sie auch öfters geküßt, einige male auch Zungenküsse gegeben. Schließlich habe die Sache aufgehört, weil der Kellner, da ihr Bruder eines Tages allein in das Restaurant kam, ihn gefragt habe: „Nun, wo haben Sie denn heute Ihr Mäuschen gelassen?" Auch sonst habe sie sich mit dem Bruder stundenlang wie eine Braut benommen, ihm oft auf dem Schoß gesessen, mit ihm auf der Chaiselonge gelegen, alles aber gänzlich ohne Ahnung der erotischen Bedeutung und in Gegenwart aller anderen Angehörigen. Nachdem sie bis dahin gelangt war, stockte, wie gesagt, jeder weitere Bericht. Sie wurde direkt ausfallend gegen mich, erklärte, was ich

denn weiter wissen wollte, es sei doch alles Unsinn. Als ich darauf erwiderte: „Dann können wir die Behandlung aufgeben," sprang sie wütend auf und wollte weglaufen. Ich wurde energisch, nannte sie ein albernes Kind und forderte sie auf, sich wieder zu setzen und die Reaktion ruhig mit mir zu besprechen. Es kam aber trotz aller Versuche, die Assoziationen anzuregen, nichts mehr zum Vorschein. Das nächste Mal meinte sie, es sei wohl falsch gewesen, daß ich es nicht einfach darauf habe ankommen lassen, sie hinauszuschmeißen. Das hätte ihr Vater ihr sicher niemals durchgehen lassen. Er würde sie als Kind maßlos verprügelt haben. Seither sei es ihr wie Schuppen von den Augen gefallen. Sie habe jetzt erst bemerkt, daß ich ja gar nicht so groß sei wie ihr Vater, sondern nur „so klein" wie ihr Mann, und daß ich auch geistig ganz andere Eigenschaften hätte wie ihr Vater, daß sie sich also auch nicht so stark von mir zu beeinflussen lassen brauche. Sie habe sich deswegen gesagt, da ich doch nicht so stark sei wie der Vater, so brauche sie mir auch nicht ihre Geheimnisse preiszugeben.

Dieser Fall zeigt dreierlei: 1. die Stärke der Vater-Bruderbindung, 2. die Verfälschung der tatsächlichen Verhältnisse durch die Übertragung, 3. aber, daß die Aufdeckung der Verfälschung infolge ihrer Enttäuschung über mich zu dem Zweck benutzt wird, eine andere Bindung, nämlich die an den Vater und Bruder festhalten zu können. Man sieht die ungeheuere Kompliziertheit dieser Vorgänge im Unbewußten: es ist imstande, eine Bindung (an den Arzt) momentan aufzugeben und in ihr Gegenteil zu verkehren, um eine andere Bindung (an den Vater) festhalten zu können, und gleichzeitig benutzt es das scheinbare Aufgeben der ersteren Bindung dazu, um sie doch wieder festzuhalten.

Frau K. erzählt: „Bei Gelegenheit meiner silbernen Hochzeit hat mein Mann mich gefragt, ob ich nicht einen besonderen Wunsch hätte. Ich habe mir darauf ein Kreuz auf das Grab meines 15 Jahre vorher verstorbenen Bruders gewünscht."

Erkrankungen neurotischer oder funktioneller Art pflegen nun nach Freud dann aufzutreten, wenn einem Menschen durch äußere Hindernisse oder inneren Mangel an Anpassung die Befriedigung seiner erotischen Bedürfnisse in der Realität versagt ist. Er „flüchtet sich in die Krankheit", um vermittelst ihrer eine Art Ersatzbefriedigung für das Versagte zu bekommen. Die krankhaften Symptome enthalten ein Stück der sexuellen Betätigung der betreffenden Person, und die Fernhaltung von der Wirklichkeit ist die Grundtendenz und zugleich der Hauptschaden, den die Krankheit anrichtet. Der Widerstand gegen die Gesundung hat mehrere Wurzeln: der Kranke will seine Verdrängungen, die ihm noch ein gewisses Maß von Achtung und Liebe seitens der Umgebung gesichert haben und, möchte ich hinzufügen, die ihm zum Teil sehr lustbetont sind, nicht aufgeben. Umgekehrt wollen die sexuellen Triebregungen nicht auf ihre Ersatzbefriedigung verzichten, falls ihnen die Realität nichts besseres dafür zu geben hat. Dazu kommen dann natürlich noch Ursachen zweiter Ordnung, wie das Trägheits- und Gewöhnungsmoment, die Neigung zur

Beschäftigung mit sich selbst u. a. m. Die Krankheit bringt also einen Krankheitsgewinn für den Kranken mit sich. Die Flucht in die Krankheit geschieht in der Form der Rückbildung (Regression), d. h. der Rückkehr zu früheren Phasen des Sexuallebens [Freud (70)].

„Diese Regression ist anscheinend eine zweifache, eine zeitliche, insofern die Libido, das erotische Bedürfnis, auf zeitlich frühere Entwicklungsstufen zurückgreift und eine formale, indem zur Äußerung dieses Bedürfnisses die ursprünglichen und primitiven psychischen Ausdrucksmittel verwendet werden. Beide Arten der Regression zielen aber auf die Kindheit und treffen zusammen in der Herstellung eines infantilen Zustands des Sexuallebens."

Die Zusammenhänge zwischen neurotischen Symptomen als Versuchen, sich Auseinandersetzungen mit der Realität zu entziehen, und den Bestrebungen des Künstlers oder religiösen Menschen, die in eines jeden Modernen Seele lebende Spannung zwischen Kultur und Natur durch künstlerisches oder religiöses Schaffen zu überwinden, liegt auf der Hand. Da die Nervösen nach dem Ausspruch C. G. Jungs an denselben Komplexen kranken, mit denen auch der Gesunde zu kämpfen hat, „so hängt es von quantitativen Verhältnissen, von den Relationen der miteinander ringenden Kräfte ab, ob der Kampf zur Gesundheit, zur Neurose oder zur kompensierenden Überleistung führt."

Als einen Beweis für die Richtigkeit der Annahme sexueller Triebkräfte bei den Neurosen sieht Freud die Tatsache der bei der Behandlung eintretenden sogenannten „Übertragung" der Affekte auf den Arzt an. Der Kranke bringt sozusagen all das, was während der Behandlung an seelischen Wallungen und Erregungen in ihm auftaucht, vorläufig bei der Person des Arztes unter, Liebe ebenso wie Haß, Zärtlichkeitsbedürfnis ebenso wie Todeswünsche und Mordphantasien. Dabei hat häufig der Mann dem Arzt gegenüber mehr eine feindselige, die Frau mehr eine liebende Einstellung. Doch pflegt gerade hier sich deutlich zu zeigen, daß die Einstellung des Neurotikers (und schließlich des Menschen überhaupt) zu seiner Umgebung immer ambivalent (gefühlszwiespältig) ist, ein Ausdruck, mit dem Bleuler die Tatsache bezeichnet, daß kein Erlebnis nur einen Gefühlston hat, sondern bei den meisten Menschen, besonders aber bei den Neurosen, positive und negative Gefühlstöne in demselben Erlebnis vorhanden sein können. Der Arzt wird Vater- und Mutterersatz („Imago") für den Patienten, und alle alten, zum größten Teil unbewußt gewordenen Phantasiewünsche des Kranken wenden sich ihm zu. Erst durch das Wiedererleben jener Gefühlserlebnisse, die vorher nicht mehr bewußt zu machen waren, an der Person des Arztes wird der Zweifler von der Existenz und der Macht der unbewußten sexuellen Regungen überzeugt. „Die Symptome", sagt Freud in seiner klaren und anschaulichen Sprache, „welche, um ein Gleichnis aus der Chemie zu

gebrauchen, die Niederschläge von früheren Liebeserlebnissen (im weitesten Sinne) sind, können auch nur in der erhöhten Temperatur des Übertragungserlebnisses gelöst und in andere psychische Produkte übergeführt werden. Der Arzt spielt bei dieser Reaktion nach einem vortrefflichen Worte von S. Ferenczi die Rolle eines katalytischen Ferments, das die bei dem Prozesse frei werdenden Affekte zeitweilig an sich reißt".

Natürlich ist die Übertragung eine Erscheinung, die in allen menschlichen Beziehungen auftritt, und sie ist überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung. Sie wirkt gerade dann oft am stärksten, wo man sie am wenigsten vermutet, sich also auch am wenigsten dagegen wehren kann. Die Psychoanalyse schafft sie also nicht, sondern deckt sie nur auf und ist auch insofern weit ehrlicher als zahlreiche andere Heilverfahren, weil sie sich ihrer bewußt und unter Aufklärung des Patienten darüber bedient. Tritt sie nicht ein, so versagt nach meiner Erfahrung jede Art von Psychotherapie. Indem die Übertragung seitens des Arztes allmählich, teils durch Aufklärung über ihr Wesen und ihre Wurzel, teils durch entsprechendes Verhalten gelöst wird, kann sich die nun frei werdende Libido den wirklichen Lebenszielen des Patienten zuwenden. Freud hat in den letzten Jahren immer mehr gerade auf die Überwindung des Widerstandes und die Verarbeitung der Übertragung als die wesentlichsten Punkte bei der Genesung durch Psychoanalyse hingewiesen.

Die Frage, auf welchem Wege überhaupt die durch die Psychoanalyse nachgewiesenen Wünsche und Triebregungen für das Leben des Individuums unschädlich gemacht bzw. direkt nützlich verwendet werden können, läßt sich dahin beantworten: die Verdrängung wird ersetzt durch die mit den besten Mitteln durchgeführte Verurteilung. Die verdrängten Triebe, die nun aufgedeckt sind, können einer zweckmäßigen Verbindung und Verwendung zugeführt werden, wie sie sich bei normalen Menschen häufig spontan findet. Anstatt, wie eine gewisse asketische Auffassung das möchte, die infantilen Wunschregungen auszurotten, werden sie richtiger „sublimiert", indem ihnen ein höheres und unter Umständen nicht mehr sexuelles, überhaupt nicht mehr unmittelbar triebhaftes Ziel gegeben wird. Auf diese Weise können die wieder bewußt gemachten und daher auch bewußt verwertbaren Triebregungen zu höchsten kulturellen Leistungen verwendet werden. Endlich hat ein gewisser Teil der verdrängten libidinösen Regungen (und, wie ich hier schon hinzufügen möchte, auch der sonstigen Triebfaktoren) natürlich auch das Recht, sich direkt auszugeben, und der Analytiker hat unter Umständen dadurch die weitere Aufgabe, gegebenenfalls auch der Organisator des weiteren Lebens des Patienten zu sein.

In den letzten Jahren hat Freud besonderen Wert darauf gelegt, zu betonen, daß die Ziele der analytischen Technik heute andere sind, als

zu Anfang. Zuerst habe der analysierende Arzt nichts anderes anstreben können, als das dem Kranken verborgene Unbewußte zu erraten, zusammenzusetzen und zur rechten Zeit mitzuteilen. Die Psychoanalyse sei also vor allem eine Deutekunst gewesen. Infolge ungenügender Lösung der therapeutischen Aufgabe sei man dann weiterhin genötigt gewesen, den Kranken zur Bestätigung seiner Konstruktion durch seine eigene Erinnerung zu nötigen. Bei diesem Versuch fiel natürlich das Hauptgewicht auf die Widerstände des Kranken und in dieser zweiten Phase der Entwicklung der therapeutischen Technik sei also die Hauptaufgabe gewesen, die Widerstände baldigst aufzudecken, sie dem Kranken zu zeigen und ihn durch menschliche Beeinflussung („hier die Stelle für die als Übertragung wirkende Suggestion") zum Aufgeben der Widerstände zu bewegen. Allmählich aber sei immer deutlicher geworden, daß die Bewußtwerdung des Unbewußten auch auf diesem Wege nicht voll erreichbar sei, denn der Kranke könne von dem in ihm Verdrängten nicht alles erinnern, vielleicht gerade das Wichtigste nicht und erwerbe so keine Überzeugung von der Richtigkeit der ihm mitgeteilten Konstruktion. Er sei vielmehr genötigt, das Verdrängte als gegenwärtiges Erlebnis zu wiederholen, anstatt es, wie der Arzt es lieber sähe, als ein Stück der Vergangenheit zu erinnern. Diese mit unerwünschter Treue auftretende Reproduktion habe immer ein Stück des infantilen Sexuallbens, also des Ödipuskomplexes und seiner Ausläufer, zum Inhalt und spiele sich regelmäßig auf dem Gebiete der Übertragung, d. h. der Beziehung zum Arzt ab. Habe man es in der Behandlung so weit gebracht, so könne man sagen, die frühere Neurose sei nun durch eine frische Übertragungsneurose ersetzt. Der Arzt habe sich bemüht, den Bereich dieser Übertragungsneurose möglichst einzuschränken, möglichst viel in die Erinnerung zu drängen und möglichst wenig zur Wiederholung zuzulassen. Das Verhältnis, das sich zwischen Erinnerung und Reproduktion herstelle, sei für jeden Fall ein anderes. In der Regel könne der Arzt dem Analysierten diese Phase der Kur nicht ersparen; er müsse ihn ein gewisses Stück seines vergessenen Lebens wiedererleben lassen und habe dafür zu sorgen, daß ein Maß von Überlegenheit erhalten bleibe, kraft dessen die anscheinende Realität doch immer wieder als Spiegelung einer vergessenen Vergangenheit erkannt werde. Gelinge dies, so sei die Überzeugung des Kranken und der von ihr abhängige therapeutische Erfolg gewonnen.

Um diesen während der Behandlung sich äußernden Wiederholungszwang verständlicher zu finden, darf man übrigens vor allem nicht an der Meinung festhalten, man habe es bei der Bekämpfung des Widerstandes mit dem Widerstand des Unbewußten zu tun. Das letztere, d. h. das Verdrängte, leistet überhaupt keinen Widerstand, sondern sucht sich nur gegen die auf ihm liegenden Verbote und Gebote zum Bewußtsein oder zur Abfuhr durch die reale Tat durchzuringen. Vielmehr geht der

Widerstand von denselben höheren Schichten des Seelenlebens aus, die einstens die Verdrängung herbeigeführt haben.

In allerletzter Zeit hat Freud dann, offenbar unter dem Druck der Erkenntnis, daß seine früher rein dynamische Auffassung der unbewußten Seelenvorgänge lange nicht alles restlos zu erklären imstande ist, eine Anzahl neuer Aufstellungen eingeführt, die wir wenigstens mit einigen Worten erwähnen müssen.

In seiner Schrift „Jenseits des Lustprinzips" kommt er auf Grund von Erfahrungen bei Kriegsfällen zu dem Schluß, daß seine frühere Ansicht von dem Wunscherfüllungscharakter der Träume auf manche typische Träume solcher Kranken nicht anzuwenden sei. Diese und manche andere Tatsache läßt ihn fragen, ob das von ihm ursprünglich als alleinherrschend angesehene Lustprinzip nicht durch ein noch weiter und tiefer greifendes ergänzt werden müsse. Das elementarste ursprüngliche Streben im Seelenleben scheint ihm nun Erregungs- und Reizbewältigung zu sein. Ihm dient der Wiederholungszwang, der sich nicht nur in immer wiederkehrenden Träumen (besonders in Kindheitsträumen), sondern auch im Schicksal des Menschen überhaupt findet. Die Triebe wären dann, von diesem Standpunkt aus gesehen, ein innewohnender Drang für Wiederherstellung eines früheren Zustandes. Das Ziel alles Lebens ist der Tod, denn das Leblose war früher, als das Lebendige. Es gibt zwei Arten von Trieben: Sexualtriebe, Lebenstriebe, die auf die Einheit des zersprengten Lebens abzielen und die Triebe, die das Todesziel wollen und deren Wurzeln die Todestriebe darstellen. Die Rätsel des Daseins lassen sich vielleicht dadurch lösen, daß man die Annahme macht, die Lebens- und Todestriebe kämpften miteinander und das Lebendige strebt auf weiten Umwegen der Ruhe des Anorganischen zu.

In der kleinen Schrift „Das Ich und das Es" setzt sich Freud dann weiter mit der Frage des Wesens des Unbewußten auseinander. Während er früher davon nur auszusagen wußte, daß es der Ort sei, wo sich verdrängte sexuelle und sonstige triebhafte Wünsche aufhalten und von wo aus sie wirken, sucht er nun nachzuweisen, daß außer diesen, dem Ich, der bewußten Persönlichkeit unzugänglich, ein noch weit größerer Teil des Unbewußten existiert, der nicht verdrängt ist und es gibt neben dem Unter-Ich, dem „Es" (nach Nietzsches Ausdruck) auch ein Über-Ich, ein Ideal-Ich. Dies zeichnet sich vor allem auch dadurch aus, daß in ihm auf Grund von sehr frühzeitig vorgenommenen Identifikationen (vor allem mit den Eltern) und den damit verbundenen moralischen Wertungen unbewußte Schuldgefühle eine herrschende Rolle spielen. Freuds Schüler Reik (Geständniszwang und Strafbedürfnis, Leipzig 1925) bringt damit auch den sogenannten Geständniszwang und das Strafbedürfnis in Zusammenhang. Das Ich, sagt Freud, ist ein armes Ding, bedroht vom amoralischen Es, von der Außenwelt und dem eigentlichen Hort des

Moralischen, dem Über-Ich, das unter Umständen gegen das Ich auf das Grausamste wütet. Und er kommt so zu dem weit über seine früheren Thesen hinausgehenden Satz: Der Mensch ist nicht nur viel unmoralischer als er glaubt, er ist auch viel moralischer als er weiß!

Man wird zugeben, daß durch diese und ähnliche neue Annahmen das Gebäude der Freudschen Theorie nicht an Einfachheit und Übersichtlichkeit gewinnt. Mir wenigstens will eine begrifflich klare Unterscheidung zwischen dem, was hier Ich, Es und Über-Ich genannt wird, nicht gelingen und auch die Abgrenzung eines Lebens- von einem Todestriebe erscheint mir stark konstruktiv. Praktisch wichtig für unser therapeutisches Handeln ist aber die Anerkennung des unbewußten Schuldgefühls als einer ungeheueren Macht und die starke Hervorkehrung der Bedeutung des Wiederholungszwanges, der freilich meines Erachtens einfach eine Konsequenz des Lustsuchens und des Unlustabwehrens sein dürfte.

Indikationen und Gegenindikationen der Psychoanalyse.

Betreffs der Frage, wann und wo die Psychoanalyse indiziert ist, läßt sich ganz allgemein der Satz aufstellen, daß sie für alle die Fälle geeignet und sogar notwendig ist, wo wir ohne Kenntnis der seelischen Tiefenschichten nicht weiter kommen können. Das wird bei allen schwereren Neurosen der Fall sein, aber auch bei den Fällen organischer Erkrankung, wo der psychische Faktor als ein ausschlaggebender vermutet werden kann. Es ist ganz sicher, daß wir auf Organisches von der seelischen Seite her außer durch systematische Übung nur durch Heranziehung all jener automatisch und unbewußt ablaufenden Vorgänge Einfluß gewinnen können, die der Niederschlag jahrtausendelanger Entwicklungen sind.

Ist so die Frage der Indikation der Psychoanalyse verhältnismäßig einfach zu beantworten, so ist das mit der Gegenindikation um so weniger der Fall. Ob eine Psychoanalyse mehr schadet als nützt, ist in einem unendlich viel weiteren Maße von individuellen Eigenschaften des Behandelnden und des Behandelten abhängig, als bei jeder anderen Therapie. Hier zeigt sich so recht deutlich, daß die Psychoanalyse viel weniger eine Wissenschaft als eine Kunst ist. Sie ist aber zu gleicher Zeit ein Mittel von einschneidender Wirkung, einer schweren Gehirnoperation durchaus vergleichbar und kann deshalb in der Hand eines nicht geeigneten Arztes und angewandt bei nicht geeigneten Fällen ebenso schweren Schaden stiften wie eine technisch falsch ausgeführte Operation.

Es ist kein Zweifel: es gibt Fälle, wo man in der Analyse zu viel analysieren kann, z. B. bei Menschen, die nicht die nötige Kraft haben, um mit den gebotenen neuen Einsichten und Erkenntnissen fertig zu werden oder wo äußere oder innere Gründe einen Aufbau nach der Zerlegung nicht gestatten.

Hierher gehört auch die in letzter Zeit von vielen Seiten, u. a. von

Keyserling, Hesse, Thomas Mann aufgeworfenen Frage, ob man künstlerische Schaffensfähigkeit, die ja vielfach gerade in unbewußten Komplexen und Konflikten ihre Hauptquelle hat, nicht durch Analyse zerstören, „weganalysieren" könne, damit also praktisch den Patienten und der Allgemeinheit schade. Darauf ist zu sagen: nur komplexbedingtes künstlerisches, nicht aus Urschöpferdrang, aus einem Drang nach Schaffen von Werten herausgeborenes Schaffen zeitigt immer Produkte, die die Allgemeinheit entbehren und ohne die der Kranke auch leben kann. Konflikte aber und auch Komplexe, aus denen diesem Schöpferdrang seine unmittelbaren Anregungen zum Schaffen zufließen, bleiben keinem sensiblen Menschen und sei er noch so weit analysiert, erspart; der künstlerische Mensch hat also auch noch nach weitgehender Aufhebung der Komplexe Anregungen genug zum Schaffen — falls er nämlich überhaupt wirkliche Werte in sich hat.

Ganz allgemein läßt sich weiter sagen: ungeeignet sind zunächst alle die Fälle, die einer Psychose verdächtig sind, sofern man sie wenigstens nicht mit Sicherheit für Monate dauernd in unmittelbarer Beobachtung halten kann, vor allem also beginnende Schizophrenien und Fälle von paranoischem Typus. Zwar bin ich überzeugt, daß auch ihnen vielfach durch eine Analyse beizukommen wäre, aber sie müßte so eingehend und in so strenger Beaufsichtigung durchgeführt werden, wie es eben für weitaus die Mehrzahl überhaupt nicht möglich ist.

Kurz möchte ich hier auf einen Punkt hinweisen, dessen Erwähnung vor unliebsamen Überraschungen während der Analyse schützen kann: es gibt eine Anzahl von Fällen, wo die Affektentladungen im Beginn der Behandlung oder bei Berührung eines besonders stark erregenden Komplexes einen solchen Grad erreichen, daß sich direkt psychotische Symptome einstellen. Es ist grundverkehrt, in solchen Fällen, wie das z. B. Hoche getan hat, von einer Schädigung durch die Psychoanalyse zu reden, vielmehr sind es gerade die, die sich später am allerdankbarsten erweisen. Aber man darf sich durch diese immer in ganz kurzer Zeit abklingenden psychotischen Erregungszustände nicht dazu verführen lassen, die Kranken, wie das von manchen Seiten geschieht, nun sofort in eine Anstalt abzuschieben, wo sie erfahrungsgemäß einfach dem Toben ihrer Affekte weiter überlassen werden. Vielmehr gilt es gerade hier, in einer ganz rasch aufeinanderfolgenden Reihe von Sitzungen dem scheinbar ganz unzugänglichen Patienten mit unermüdlicher Ausdauer immer wieder Abreagierungsmöglichkeiten und Erklärungen für seine Erregung zu geben. Dann gelingt es ausnahmslos innerhalb kurzer Zeit, wieder den Anschluß an die Wirklichkeit beim Patienten zu erzwingen, und man bekommt jedesmal die Gewißheit, daß er nach einer solchen Attacke ganz wesentlich weiter gefördert ist. Freilich gehört eine solche Behandlung zu den schwierigsten Aufgaben, die einem Psychotherapeuten gestellt werden können.

Ungeeignet sind weiter diejenigen Fälle von Zwangsneurosen, in denen sich das Denken sozusagen gegen sich selbst wendet, wo also der Patient die Analyse selbst wieder zum Gegenstand der Zwangsneurose macht. Hier muß man versuchen, zuerst auf dem Wege hypnotischer oder sonstiger allgemeiner Beeinflussung eine gewisse Umstellung dieser Tendenzen zu erreichen; dann erst kann eine vorsichtige und schrittweise vorgehende Analyse sich anschließen.

Gänzlich ausgeschlossen sind natürlich solche Kranke, bei denen die Intelligenz nicht ausreicht, um das Wesen der ganzen Behandlung zu erfassen, und die darin entweder eine Kränkung ihres moralischen Empfindens oder gar, wie das namentlich bei Ungebildeten gelegentlich auch vorkommt, einen unmoralischen Annäherungsversuch sehen. Auch Menschen, die durch Geburt und Stellung von der Überzeugung ihrer Gottähnlichkeit und Erhabenheit allzusehr durchdrungen oder allzusehr verwöhnt sind, als daß es ihnen möglich wäre, allzu Menschliches in sich als vorhanden zugeben zu können, sind ungeeignete Behandlungsobjekte.

Bei organischen Erkrankungen rate ich dringend zu größter Vorsicht bei solchen Kranken, die lebenbedrohende Symptome, wie Lungenblutungen und Blutungen aus anderen Organen oder sonstige schwere Herzsymptome und Ähnliches zeigen. Da man das Aufsteigen der Komplexe und ihrer körperlichen Reaktionsformen nicht immer in der Hand hat, so können durch diese eingreifende Methode unliebsame Überraschungen entstehen. Hier kann man also, wenn überhaupt, so jedenfalls nur ganz allmählich und schrittweise vorgehen.

Sehr oft bekommt man die Frage vorgelegt: „Wann ist denn eine Psychoanalyse als beendet anzusehen?“ Darauf ist zu erwidern: Dann, wenn die Aufdeckung der Zusammenhänge so weit fortgeschritten ist, daß der Kranke ein anderes Verhältnis zu sich und der Welt gewonnen hat und wieder lebensfähig und -tüchtig ist.

Weiterbildung der Freudschen Psychoanalyse.

Zweier Schüler Freuds, die sich nachher von ihm getrennt haben, müssen wir noch gedenken, weil ihre Entwicklung (übrigens auch die Freuds selbst) ein Beweis dafür ist, daß die Entwicklungsmöglichkeiten der Psychoanalyse nach den verschiedensten Richtungen hin gehen.

Adlers Auffassung.

Er geht von der Tatsache aus, daß angeborene Konstitutionsanomalien nicht nur als Erscheinung der Degeneration aufzufassen seien, sondern oft auch den Anlaß zu kompensatorischen Leistungen und Überleistungen, sowie zu wichtigen Erscheinungen der Korrelation geben. Das Gefühl der Minderwertigkeit treibt den Patienten dazu, aus der Sphäre der inneren

Unsicherheit zu einer möglichst weitgehenden Herrschaft über seine Umgebung zu gelangen. Die Krankheit und alle dazugehörigen Arrangements sind nötig, um 1. als Vorwände zu dienen, wenn das Leben die ersehnten Triumphe verweigert, 2. damit Entscheidungen hinausgeschoben werden können und 3. um etwaige erreichte Ziele in hellerem Lichte erscheinen zu lassen, da sie trotz des Leidens erreicht wurden. Der Nervöse hat also ein fiktives Ziel, nämlich, sich die Überlegenheit zu sichern. Sein Handeln wird von da aus gelenkt, und er hält typische Richtlinien dabei ein. Der Zwang zur Sicherung der Überlegenheit wirkt so stark, daß jedes seelische Phänomen neben seiner oberflächlichen Erscheinung vor allem auch den Versuch in sich enthält, von einem Gefühl der Schwäche loszukommen, um die Höhe zu erreichen, von unten nach oben sich zu erheben. Um im Vorbauen, Denken und Erfassen der Welt die ihm erwünschte Ordnung und Sicherung gegen Unterliegen zu schaffen, nimmt er im Leben zu allerlei Regeln und Hilfsformeln seine Zuflucht, die entsprechend der kindlichen Einstellung einem primitiven antithetischen Schema entsprechen. Er läßt nur Empfindungswerte gelten, die einem Oben und Unten entsprechen, und sucht diese auf einen ihm real erscheinenden Gegensatz von „männlich-weiblich" zu beziehen. Den als weiblich empfundenen Zügen in seinem Seelenleben (dazu gehört jedes passive Verhalten, Gehorsam, Weichheit, Feigheit, Niederlage, Unfähigkeiten aller Art) ist er bestrebt, eine übertriebene Richtung ins Männliche zu geben, und so entwickelt er Haß, Trotz, Grausamkeit, Egoismus und ähnliche, Triumphe sichernde Tendenzen. Umgekehrt macht er auch häufig den Versuch, seine Schwächlichkeit zu unterstreichen und zwingt dadurch seine Umgebung, ihm zu Diensten zu sein. Außerdem ist er dadurch in der Lage, drohenden Entscheidungen mit scheinbar genügenden Gründen auszuweichen. Er wird, wo er den Beweis männlicher Vorzüge im Leben glaubt erbringen zu müssen, also in allerlei Kämpfen im Beruf und in der Liebe, sich um das Problem herumzudrücken versuchen, sobald er fürchtet, durch ein Unterliegen sich den Vorwurf der Verweiblichung zuzuziehen. „Man wird dann immer eine Lebenslinie finden, die vom geraden Wege abweicht und in der ewigen Furcht vor Fehlern und Niederlagen sichere Umwege einzuschlagen sucht." Eine andere Folge davon ist eine gewissermaßen verfälschte Geschlechtsrolle, ein Zug zum psychischen Hermaphroditismus. Dem Einwand, daß hier doch eine sexuelle Wurzel liegen könnte, begegnet Adler mit der Gegenbehauptung, daß auf dem Gebiet der Sexualität sich der gleiche Kampf abspiele, wie im ganzen Seelenleben. Das ursprüngliche Minderwertigkeitsgefühl nämlich dränge auf Umwegen im Sexuellen auf den Weg der Masturbation, der Homosexualität, des Fetischismus, der Überschätzung der Sexualität usw., um seine Orientierung nach einem Ziel der Überlegenheit nicht zu verlieren. Die unbewußten Voraussetzungen der nervösen Zielstrebigkeit sind immer

zwei. Erstens: die menschliche Beziehung ist unter allen Umständen ein Kampf, zweitens: das weibliche Geschlecht ist minderwertig und dient in seiner Reaktion als Maß der männlichen Kraft. Diese beiden Voraussetzungen sind ebenso beim Mann wie beim Weibe zu finden und entstellen alle menschlichen Beziehungen, so daß an Stelle einer wünschenswerten Unbefangenheit eine dauernde Unzufriedenheit tritt. Das nervöse Symptom ersetzt sozusagen die nervös aufgepeitschte Gier nach Überlegenheit, es bringt eine Art von Scheinsieg über die Umgebung hervor, und die Sprache der Symptome zu verstehen, ist für Adler die Hauptaufgabe der psychotherapeutischen Kur geworden.

Um sein fiktives Endziel der Überlegenheit mittels der Neurose zu erreichen, muß der Nervöse immer Umwege einschlagen, die einen wenig aktiven, zuweilen masochistischen, immer selbstquälerischen Charakter haben. Aus der gleichen Ursache entstammt das seltsame Gemisch einander widersprechender Erscheinungen in einer solchen Krankengeschichte. „Um sich dem Leben gewachsen zu erweisen, erwachsen dem Nervösen auch alle die nötigen Arrangements und nervösen Symptome als ein Notbehelf, als ein übergroß geratener Sicherungskoeffizient gegenüber den Gefahren, die er in seinen Minderwertigkeitsgefühlen beim Ausbau seiner Zukunftspläne erwartet und unaufhörlich zu verhüten trachtet."

Der Lebensplan des Nervösen hängt mit diesem Arrangement der Neurose aufs engste zusammen: das aus realen Tatsachen erwachsene und später aus bestimmten Tendenzen festgehaltene Gefühl der Minderwertigkeit läßt den Patienten schon als Kind zu einer hoch über alles menschliche Maß hinausgehenden Zielsetzung kommen. Um diese Zielsetzung sich zu sichern, muß er sich überall mit einem weitverzweigten Netz von Vorsichtsmaßregeln umgeben, die immer darauf hinauslaufen, ihm seine Überlegenheit zu erhalten. Der starke Zwang zur Vereinheitlichung oder zur ebenso starren Zweiteilung seiner Persönlichkeit wächst so aus der inneren Not, aus der ursprünglich bedrohten kindlichen Situation heraus. So wird z. B. ein Patient die Platzangst dazu benutzen, um auf kompliziertem Wege sein Ansehen im Hause zu heben und seine Umgebung zu zwingen, nach seiner Pfeife zu tanzen, indem er den Gedanken des Alleinseins bei fremden Menschen, des Besuchs von Theater und Gesellschaften mit der Phantasie von einem Schlaganfall, einer Infektion durch Keime auf der Straße unbewußt verbindet. Man merkt hier die Absicht und verfolgt sie bis zu ihrem Endzweck, um die Lebenslinie zu erkennen. Jede mögliche Niederlage wird durch Verbindung mit dem Gedanken an den Tod, an Schwangerschaft oder ähnliche Situationen drohender empfunden, und auf diese Weise veranlaßt sich der Patient, sozusagen einer Unternehmung durch Aufstellung dieser Gedankenverbindung auszuweichen. Neben diesen, der Sicherung dienenden Befürchtungen, findet man ebenso oft übertriebene Erwartungen. Sie bieten dem Nervösen

die Möglichkeit, an die dadurch sicher eintretende Enttäuschung allerlei als nötig empfundene Affekte der Trauer, des Hasses, der Unzufriedenheit usw. anzuknüpfen. Besonders häufig stellt sich dieses Arrangement der getäuschten Erwartung dann ein, wenn der Patient den sexuellen Problemen ausweichen will. Ein drittes Mittel einer Konstruktion zur Verhütung einer Niederlage und eines Minderwertigkeitgefühls ist dann die Antizipation von Empfindungen, Gefühlen und Wahrnehmungen; so etwa, wenn ein bettnässendes Kind sich im Traum auf dem Abort sieht, um auf diese Weise die von Rachsucht und Trotz diktierte Tendenz zum Bettnässen unbeeinflußt von irgend welchen vernünftigen Überlegungen betätigen zu können.

Die psychische Behandlung hat demnach im wesentlichen in einer Aufdeckung des neurotischen Systems oder Lebensplans zu bestehen, und die Einsicht und das Verständnis dafür erwirbt man mehr durch künstlerische Versenkung, durch intuitive Einfühlung in das Wesen des Patienten, als durch den Versuch einer intellektuellen Konstruktion. Man kann dabei vom Patienten die gleiche Haltung erwarten, die er seinem Lebensplan entsprechend zu den Personen seiner früheren Umgebung, noch früher seiner Familie gegenüber eingenommen hat. Dem Arzt gegenüber zeigt der Patient in der Tat die gleiche Gefühlseinstellung wie sonst autoritären Persönlichkeiten gegenüber. Man muß das berücksichtigen, um sein Verhalten dem Patienten gegenüber danach zu richten und ihm nicht einerseits Gelegenheit zu einer überlegenen und andererseits zu einer Minderwertigkeitseinstellung zu geben. Man muß ihm ferner jeden Angriffspunkt dadurch zu entziehen suchen, daß man ihm von vornherein bezüglich der Heilung erklärt, wie sehr der Erfolg von seinen eigenen Leistungen abhängig ist. Die Tendenz zur Rolle der Überlegenheit bringt ihn dazu, jede Verpflichtung des Arztes, auch die über die Dauer und Aussicht der Kur zu dem Zwecke auszunutzen, ihm eine Niederlage beizubringen. Der Arzt muß dem Patienten stets seine störenden Arrangements und Konstruktionen vorhersagen, sie aufsuchen und erklären, bis der Patient, dadurch in seiner Position erschüttert, sie aufgibt. Häufig setzt er allerdings neue, noch verstecktere an ihre Stelle. Schritt für Schritt ist die Aufdeckung des unerreichbar gesteckten Zieles der Überlegenheit, vor allem der Hinweis und die tendenziöse Verschleierung desselben und auch die durch das Ziel bedingte Unfreiheit des Patienten vorzunehmen.

Wie man sieht, betont Adler die bei Freud zugunsten des Gattungstriebes vielleicht zu sehr vernachlässigte Bedeutung des Ich als einer unreduzierten Einheit. Adler erblickt in ihm, wie Oskar A. H. Schmitz (248) nicht mit Unrecht sagt, kein wesenloses Produkt von Ursachen, sondern eine, auf ein Ziel gerichtete Tendenz, eine Finalität. Man kann sich, so erklärt Schmitz, daher vorstellen, daß ein Patient, der bei Freud

gelernt hat, die Ursache seiner Komplexe zu erkennen, zugleich aber seine Persönlichkeit zu einem passiven Produkt einer Kausalreihe entwertet sieht, plötzlich gesundet und seine Erkenntnis in Leben zu verwandeln vermag, wenn ihm auf diese Weise sein final gerichtetes Ich in die Hände gegeben wird. Freilich ist auch Adler noch ferne von der Erkenntnis der Persönlichkeit als eines Wesens von ganz bestimmtem, mehr oder weniger rein in Erscheinung tretendem Gehalt, den der Arzt von Schlacken befreien, aber als nicht auf Ursachen reduzierbaren Wert anerkennen müßte.

Jungs Auffassung.

Jung[1]) faßt, wie wir schon ausgeführt haben, den Libidobegriff sehr viel weiter als Freud und seine direkten Schüler. Es sieht in ihm eine Formel für alles Affektive und Triebhafte überhaupt. Er betont vor allem auch die Bedeutung des aktuellen Konflikts und fordert vom Psychotherapeuten, daß er dem Patienten die Mittel für die Überwindung dieser aktuellen Störungen an die Hand geben soll, die der reine Analytiker durch bloße Aufhellung der phychischen Ursachen nicht bieten kann, namentlich dann nicht, wenn der aktuelle Konflikt besonders stark und die Neurose also ein besonders unentbehrliches Mittel im Kampfe ums Dasein ist. „Ein großer Teil der psychoanalytischen Schule", sagt er, „steht im Bann der Anschauung, daß die Sexualität der Kindheit die conditio sine qua non der Neurose sei." Infolgedessen sei nicht nur der Theoretiker, sondern auch der Praktiker der Meinung, er müsse die infantile Vorgeschichte um- und umkehren mit der Absicht, dort die bedingenden Phantasien aufzufinden. Das sei ein vergebliches Unterfangen und unterdessen entgehe dem Analytiker das Wichtigste, nämlich der Konflikt und seine Anforderungen an die Gegenwart. Je weiter das Verständnis in das Wesen der infantilen Entwicklung eindringe, desto mehr gewinne man den Eindruck, daß dort ebensowenig Endgültiges zu holen sei, wie aus dem infantilen Trauma, von dem die Psychoanalyse ja zuerst ausging. Je mehr wir uns von der Epoche der manifesten Neurose in der analytischen Forschung entfernen, desto weniger könnten wir hoffen, die wirkliche causa efficiens der Neurose aufzufinden, insofern sich die dynamischen Mißverhältnisse in demselben Maße verwischen wie wir in die Vergangenheit zurückgehen. Wenn wir unsere Theorie so konstruieren, daß wir die Neurosenursache aus fernster Vergangenheit herleiten, gehorchen wir zunächst dem Drange unserer Patienten, uns von der kritischen Gegenwart möglichst weit wegzulocken, und doch liegen in der Gegenwart hauptsächlich die wirksamen Gründe und die Möglichkeiten,

[1]) „Versuch einer Darstellung einer psychoanalytischen Theorie", Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, 1913, Bd. 5 und „Psychologische Typen", Rascher & Co., Zürich 1921.

sie zu heben. Dementsprechend legt Jung, wie ich selbst es immer getan habe, einen ausgesprochenen Wert auf die erzieherische Behandlung des Patienten. Dem Kranken kann man zwar seine Symptome wegschaffen, wenn man sie auf ihre Grundursachen zurückführt, aber ohne daß man ihm einen neuen Weg weist in ein neues Leben hinein, hat man nur die Hälfte der Arbeit geleistet.

In seiner „Typenlehre" versucht Jung, die Neurose an eine bestimmte angeborene Mentalität zu knüpfen. Er unterscheidet introvertierte und extravertierte Individuen. Der Introvertierte wendet sich vom Objekt ab und denkt, reflektiert darüber, sucht es denkend zu erfassen. Der Extravertierte dagegen wendet sich dem Objekt zu und versteht es durch Einfühlung. In jedem Typ ist also eine der Grundfunktionen, entweder das Denken oder das Fühlen, besonders ausgesprochen, während die andere einen verhältnismäßig weniger gut entwickelten Zustand aufweist. Daraus sucht er dann eine Spannung zwischen den beiden, einen psychischen Konflikt herzuleiten. Aus diesem soll in letztem Grunde die Neurose entstehen. Sie beruht auf einem Konflikt zwischen der angepaßten, ausgebildeten und im Bewußtsein herrschenden psychologischen Hauptfunktion und der nichtdifferenzierten und größtenteils im Unbewußten liegenden Nebenfunktion.

Aber auch im Verhältnis der Menschen untereinander, der Verwirklichung dieses Verhältnisses in bezug auf das eigene Ich, ist diese Unterscheidung wesensverschiedener Typen wichtig. Der Intellektuelle kennt vom Gefühl nur das, was er in sich an Gefühlen besitzt, ohne es besonders zu schätzen. Er versteht daher nicht, daß gerade das bei einem andern Menschen besonders hochentwickelte und besonders wertvolle Funktion sein kann. Umgekehrt stellt sich der Gefühlsmensch der Art des Verstandesmenschen in derselben Weise verständnislos gegenüber. „Nur wo eine Intuition erwacht, so daß der Intellektuelle zur Anschauung des Gefühls, der Gefühlsmensch zur Anschauung der intellektuellen Qualitäten kommt, vermag jeder seinen verdrängten Gegenpol mitzuerleben, und nun erst entsteht Individualität ohne die Einseitigkeit der Persönlichkeit", sagt Schmitz. Auch diese Intuition zu erwecken, ist Jungs Bestreben.

Während Adler also das Ich zwar als Größe, aber noch nicht als Wert anerkennt, verhält sich das anders bei C. G. Jung. Er hat die Synthese zwischen Freud und Adler zu vollziehen gesucht. Er hebt den Wert der Persönlichkeit hervor und führt die letztere nicht wie Freud und Adler einfach auf ihre Komplexe zurück.

Die Analyse benutzt er nur dazu, Störendes zu beseitigen. Wenn ein Patient z. B. gläubig ist, so versucht er nicht, ihm seinen Glauben nur als infantilen Komplex zu deuten, sondern er wertet ihn als Erlebnis von wesentlicher Bedeutung. Wenn und sofern dagegen seine Religiosität dazu mißbraucht wird, die normalen sexuellen und sonstigen Trieb-

regungen zu verdrängen, so packt er die Komplexe an und zeigt ihre wahre Natur. Auf diese Weise wird der Glaube, der vielleicht vorher nur Mittel zum Zweck im Dienste der Neurose war, durch ein besseres Verständnis auf eine andere Stufe gehoben. In den neurotischen Symptomen selbst aber sieht Jung Richtlinien der Heilung. Wer sich im Traum für einen Helden ansieht, dem sucht er z. B. zu zeigen, daß neben dem infantilen Wunsch nach Größersein oder nach Überwindung eines Minderwertigkeitsgefühls, die sich beide im Traum sozusagen schadlos halten wollen für irgend eine Versagung in der Wirklichkeit, auch zu gleicher Zeit ein Anlauf enthalten ist, über die Minderwertigkeit hinauszukommen. Er sucht also dem Patienten die Komplexe aufzulösen, die ihn an der Verwirklichung einer solchen Tendenz hindern könnten. Indem Jung so die wesentlichen Strebungen der Persönlichkeit zu erfassen bestrebt ist und darauf hinweist, daß die Seele nicht nur ein Gestern, sondern auch ein Morgen hat, das aus dem Gestern und Heute sich andeutend offenbaren kann, gibt er dem Patienten die Möglichkeit, selbst die Durchführung seines Lebensplanes in die Hand zu nehmen, daher nennt er seine Methode prospektiv und glaubt auf diese Weise das Unbewußte in den Dienst bewußter Selbsterziehung stellen zu können. Die ursprüngliche Psychoanalyse zeigt den Menschen sich selbst in seiner ganzen Zerrissenheit. Wenn an Stelle dieses zerrissenen Ich nicht das durch ein synthetisches Vorgehen zu schaffende Bild eines einheitlichen Ich tritt, wirkt das immer wieder vor uns auftauchende Bild der inneren Zerrissenheit auch immer aufs neue auf das Unbewußte in ungünstigem Sinne zurück. Das geschieht, auch wenn wir noch so gründlich analysiert sind. Das Bild einer vollen Individualität vor dem Patienten auftauchen zu lassen, ihm dieses neue Bild an Stelle des früheren Komplexes zu setzen, das hat sich Jung als wesentliche Aufgabe gestellt. Sie berührt sich in vielen Punkten mit der Art des Vorgehens, die man aktive Psychoanalyse, Psychosynthese oder wie immer benennen mag und die ich selbst und manche andere Psychotherapeuten, z. B. Stekel, Neutra, Bezzola, üben.

F. Aktive Psychoanalyse (analytisch-synthetische Übungsbehandlung).

Der theoretischen Kritik bietet natürlich eine Methode wie die Analyse, die viel mehr eine Kunst als eine Wissenschaft, d. h. etwas verstandesmäßig Erlernbares und Faßbares, ist, zahlreiche Angriffsflächen. Vor allem hat man sich gegen den sogenannten Sexualismus Freuds, zumal gegen seine infantilen Sexualtheorien, gegen die Symboldeutung und gegen die Lehre von Art und Wesen des Unbewußten überhaupt gewandt. Wer sich darüber orientieren will, der sei auf die gründlichen

Darstellungen von Isserlin, J. H. Schultz und Kronfeld verwiesen. Auch ich selbst habe mich schon vor fast 20 Jahren eingehend darüber geäußert, wenn sich mir auch manches damals Gesagte inzwischen durch die Erfahrung als falsch erwiesen hat. Wir wollen in diesem nur rein praktischen Zwecken gewidmeten Buche nicht näher darauf eingehen, namentlich da schon viel zu viel darüber theoretisiert und viel zu wenig praktisch erprobt worden ist. Soweit es für die Zwecke der Behandlung notwendig scheint, werde ich an entsprechender Stelle meine Meinung zum Ausdruck bringen. Sicher ist jedenfalls, daß gegenüber dem ungeheuren Gewinn, den Freuds Arbeit der Erkenntnis krankhafter Zustände gebracht hat, die möglichen Einwände dagegen wenig besagen.

Wir wollen hier nur auf einige aus der Praxis geborene Einwände zu sprechen kommen, die auch für unser therapeutisches Vorgehen von einschneidender Wichtigkeit sind. Zunächst gibt es eine ganze Anzahl von Fällen, wo auch der geübteste Analytiker mit der streng an die Freudschen Vorschriften sich haltenden Psychoanalyse allein nicht weiter kommt, wo die von den inneren Widerständen hervorgerufenen Stockungen, endlosen Wiederholungen, ermüdenden Abschweifungen und tausend andere vom Unbewußten her geschaffenen Kniffe in der Analyse immer wieder kaum zu beseitigende Störungen machen oder die Behandlung in einer Weise in die Länge ziehen, daß sie praktisch unmöglich wird. In diesem Falle sich darauf zu beschränken, einfach abzuwarten, die Vorgänge im Kranken lediglich zu bemerken und sich nur vor uns abrollen zu lassen, führt deswegen oft nicht zum Ziel, weil ja bei vielen Kranken das Gesundheitsgewissen so schwach, die Tendenz also zur Überwindung des Zustandes und zur Anpassung an die gegebenen Verhältnisse so gering oder aber die äußeren Lebensumstände so zwingend sein können, daß ohne eine entsprechende Aktivität von ärztlicher Seite her einfach nichts zu erreichen ist.

Nun galt es bis vor ganz kurzer Zeit bei den strengen Anhängern Freuds als absolut verboten und falsch, irgendwie aktiv vorzugehen. Die Befolgung der sogenannten psychoanalytischen Grundregel war unter allen Umständen oberstes Gesetz, d. h. der Kranke durfte vom Arzt in keiner Weise zur Produktion irgend welcher psychischer Reaktionen, Äußerungen, Handlungen gedrängt werden und zwar weder durch Fragen, noch durch Aufgaben, noch durch Andeutung irgend einer Richtung für seinen Gedankenablauf: ganz ungestört, nur von den uns innewohnenden assoziativen Beziehungen geleitet, sollte er vor sich und vor anderen sich abspielen lassen, was in ihm an Bildern, Gefühlen, Affekten auftauchte.

So sehr ich nun für rein wissenschaftliche Zwecke der Erforschung unbewußter Vorgänge diese Methodik für die einzig richtige halte, so habe ich doch schon seit Jahren immer wieder hervorgehoben, daß es

für den praktischen Gebrauch in vielen Fällen nicht rein verwendbar ist. Neuerdings hat zu meiner Genugtuung ein bedingungsloser Anhänger Freuds, Ferenczi, die „aktive Technik" als etwas oft nicht zu Vermeidendes dargestellt. Dazu zwingt uns nun aber auch noch ein weiterer, einfach praktischer Grund, nämlich die lange Dauer und damit der große Aufwand an Zeit für den Arzt und an Kosten für den Patienten, die das ursprüngliche Vorgehen nötig macht. Wenn manche mit Zeiträumen von einem halben Jahr bis zu drei Jahren (bei täglichen Sitzungen) rechnen, so ist das einfach für die Mehrzahl der Menschen nicht aufzubringen. Es scheint mir auch gerade für die heutige Zeit nicht sehr erfreulich, wenn erklärt wird (wie tatsächlich geschehen ist), die Psychoanalyse werde wohl immer eine Behandlungsmethode für vermögende Kreise bleiben! Sie hätte damit meines Erachtens den Beweis ihrer praktischen Unverwendbarkeit erbracht! Glücklicherweise ist nun aber erstens für viele Fälle eine solch gründliche Analyse gar nicht nötig, vielmehr wird schon eine ganze große Anzahl durch weniger in die Tiefe dringende Analysen praktisch geheilt. Ferner aber hat sich mir aus einer großen, gemischten, zu einem nicht geringen Teil aus bäuerlichen und einfachen Kreisen zusammengesetzten Praxis ergeben, daß man bei genügender Erfahrung auch anders und erheblich rascher vorgehen kann, als es die ursprüngliche Psychoanalyse tut.

Um nun Anhaltspunkte für ein solches aktiveres und dabei rascheres Vorgehen zu gewinnen, müssen wir uns zunächst fragen: „Wie kommt die Wirkung der Analyse zustande?" Freud nahm zuerst an, daß einfach die Aufhebung der Verdrängung, das Bewußtwerden bewußtseinsunfähigen seelischen Inhaltes einen wesentlichen Teil der Wirkung der Psychoanalyse ausmache. In der Tat trifft das für alle die Fälle zu, wo die Verhältnisse einigermaßen einfach liegen und wo das Verdrängte noch nicht zuviel Verbindungen mit dem gesamten sonstigen seelischen Inhalt eingegangen ist, bzw. wo noch keine zu weitgehende Einübung der krankhaften Mechanismen stattgefunden hat. Man kann sich hier die Wirkung am einfachsten an dem Beispiel der Unterbrechung irgend einer automatischen Funktion durch den dazwischentretenden bewußten Denkakt klar machen. Man stelle sich etwa vor, wie die Tätigkeit des Sprechens eine Unmenge unbewußter automatischer Vorbereitungen erfordert und wie ein Zwischenruf oder eine sonstige Unterbrechung beim Redner diesen automatischen Ablauf stört. So wird auch durch die Aufdeckung von unbewußten krankhaften Mechanismen eine Störung in den vorher automatisch gewesenen Ablauf hineingebracht.

Allein es ist sicher, daß es viele Fälle gibt, wo die Bewußtmachung der Komplexe allein noch nicht zu ihrer Überwindung führt. Da muß noch eine zweite Wirkung hinzukommen, nämlich das Abreagieren. Auch dafür haben wir ja im täglichen Leben beweisende Beispiele genug in

Form der Wirkung einfacher Aussprache, der Beichte, der entladenden Wirkungen, die auch andere als sprachliche Ausdrucksformen in Gestalt von Zornausbrüchen, von Weinen, von Lachen, von Witz usw. haben.

Neben den genannten Ursachen gibt es natürlich noch eine große Anzahl anderer, die im Einzelnen wichtig sind, aber hier nicht alle genauer berücksichtigt werden können. Sie seien aber wenigstens kurz angeführt.

Zunächst ist es eine Wohltat für jeden Menschen, einmal ganz sachlich genommen zu werden, während der Analyse keine Wertungen vornehmen zu müssen. Auch habe ich wiederholt schon auseinandergesetzt, und J. H. Schultz weist neuerdings wieder darauf hin, daß es eine Anzahl wichtiger Gewöhnungsvorgänge gibt, die stark mitwirken: zunächst die Gewöhnung, sich seinen Symptomen reflektierend, objektiv gegenüberzustellen, wodurch das Verfahren sowohl als Ablenkungs- wie auch als Willenstherapie seinen Einfluß entfaltet. Schon das Erlernen des einfachen Kommenlassens der seelischen Vorgänge, die Befolgung der analytischen Grundregel, ist im weiteren Sinne eine „Willensübung". Dazu kommt ferner die Gewöhnung an die analytisch gebotenen Inhalte, also daran, an sich unangenehme und zum Teil höchst peinliche Dinge immer wieder als gesetzmäßige Notwendigkeiten ruhig hinnehmen zu müssen.

Auch ist hier selbstverständlich die Suggestivwirkung der Analyse zu erwähnen, deren Mitschwingen nur Voreingenommenheit leugnen kann.

Endlich wird man Schultz darin wohl recht geben müssen, daß er gewisse psychoanalytische Erkenntnisse, ja schon Fragestellungen als Schockerlebnisse bezeichnet und insofern behauptet, die Analyse habe auch Beziehungen zur Schocktherapie. Inwiefern sie auch zum „Mysterium der Wandlung", zum „Wandlungserlebnis" Verwandtschaft aufweist, habe ich weiter unten eingehender dargestellt.

Die zweite, für unsere Zwecke noch wichtigere Frage lautet: „Wodurch wird die Wirksamkeit der Psychoanalyse gehindert?" Die Antwort muß sein: durch dieselben Kräfte, die die Verdrängung geschaffen haben und die sie nun auch weiter unterhalten wollen in Form des mehr oder minder unbewußten Widerstandes und ferner durch die Gewöhnung unseres Gehirns an bestimmte Reize und Abläufe und die dem Gesetz der Trägheit folgende Abwehr gegen neue Gewöhnungen oder Umgewöhnungen. Ein gut Teil dessen, was von der Freudschen Schule als Widerstand bezeichnet wird, ist in Wirklichkeit nichts anderes als eine Abwehr gegen solche Umgewöhnungsversuche. Dieser Abwehr kommt natürlich nur eine entsprechend ausdauernde und eingehende Übung bei. Es ist für jeden, der viel Neurosen behandelt, ohne weiteres klar, daß in Fällen, wo die Gewöhnung jahrzehntelang in einer bestimmten Richtung gegangen ist, eine noch so eingehende Analyse, wenn sie sich nicht mit entsprechender Übung verbindet, zur Erfolg-

losigkeit verurteilt ist. Das erscheint mir, nebenbei gesagt, als ein Hauptgrund für die bis vor kurzem in der streng analytischen Literatur sich immer wieder findende Behauptung, jenseits des 40. Jahres seien Analysen meist nicht mehr erfolgreich. Immer habe ich das Gegenteil behauptet, und es ist gewiß kein Zufall, daß derjenige Schüler Freuds, der kürzlich über gute Erfolge auch bei älteren Fällen berichtet hat, Abraham, zugleich auch Vertreter einer aktiveren Therapie bei solchen Patienten ist.

Ein Hauptmittel, um den Widerstand zu brechen und den Patienten zur Herausgabe seiner verdrängten Komplexe zu bewegen, ist nun, wie bereits erwähnt, die Übertragung. In ihr erlebt der Analysant die Art seiner Liebesbeziehungen in seinem Verhältnis zum Arzt in symbolischer Form wieder, die er zu Eltern, Geschwistern und sonstigen Menschen seiner Umgebung in Kinderzeiten gehabt hat. Daß diese Affektübertragung zustande kommt, ist geradezu eine Voraussetzung einer wirksamen Psychoanalyse. Andererseits ist sie aber auch wieder ein Grund für den Patienten, seine Widerstände zu verstärken: er will vor dem Arzt, zu dem er durch die Übertragung in das Verhältnis des Kindes zu Vater und Mutter oder zu sonst einem geliebten Gegenstand gekommen ist, nicht als moralisch verwerflich, dumm oder sozial minderwertig erscheinen. Auf der anderen Seite will er doch auch gerade wegen der Übertragung nicht von der Krankheit frei werden, da das Gesundwerden mit der Lösung von dem Vater-Mutter-Ersatz Hand in Hand ginge. Beides treibt also in derselben Richtung, nämlich: das verdrängte Material nicht preiszugeben.

Aus obigem ergibt sich nun: wenn wir aktiv und rascher vorgehen wollen, so müssen wir erstens die Widerstände möglichst schnell brechen, zweitens die Übertragung auf der einen Seite fördern, auf der anderen Seite die Lösung der Übertragung, d. h. die Ablösung vom Arzt möglichst erleichtern, drittens die Erkenntnis, das Bewußtmachen unbewußter Strebungen fördern und viertens dafür sorgen, daß das Abreagieren recht gründlich geschehen kann. Natürlich hängen alle diese Aufgaben unter sich aufs engste zusammen und lassen sich praktisch niemals scharf voneinander trennen. Hier soll nur versucht werden, aus methodischen Gründen sie einigermaßen auseinanderzuhalten und im einzelnen kurz zu besprechen.

Mittel zur Überwindung des inneren Widerstandes.

Zunächst müssen wir uns noch einmal kurz mit den Quellen des inneren Widerstandes befassen, wenn wir ihm rasch beikommen wollen. Die Erfahrung zeigt uns hier nun folgendes: die wesentlichsten Quellen sind moralische, soziale, konventionelle Vorstellungen samt ihrem Gefühlston, die uns in der Kindheit und auch als erwachsene Menschen auf Schritt und Tritt begleiten und überall auf uns einwirken. Sie erlauben uns nicht, einfache triebhafte Regungen, wie primitives Streben

nach Macht, Geld, Ansehen, grob sexuelle Wünsche als solche bei uns zu sehen, weil wir uns sonst unmoralisch, unsozial oder lächerlich vorkommen würden. Man sieht hier den geradezu verheerenden Einfluß, den das Schuldgefühl (dessen sozial günstige Wirkungen ich auf der anderen Seite selbstverständlich nicht verkenne) auf die Entstehung der Neurosen und indirekt aller Erkrankungen hat. Dieses Schuldgefühl, das oft am stärksten wirkt, wenn es unbewußt bleibt, und das damit eng zusammenhängende Minderwertigkeitsgefühl durch Aufklärung über das Wesen des Moralischen, über seine Relativität, über die Unfreiheit des menschlichen Willens (wenigstens wenn es sich um kranke Menschen handelt), wegzuschaffen und in seiner schädigenden Wirkung zu erklären, muß eine Hauptaufgabe für uns sein. Denn wie stark das Schuldgefühl in den Dienst der Krankheit gestellt wird, davon macht sich nur der einen richtigen Begriff, der die Hartnäckigkeit beobachtet, mit der der Patient daran festhält.

Im übrigen aber richtet sich die Stärke des Widerstandes nicht nur nach der Stärke des Einflusses, den diese Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle haben, sondern auch nach den äußeren Umständen, unter denen die betreffenden Wertungen entstanden sind. Sofern es sich nämlich dabei um Vorstellungen und Affekte handelt, die wir bewußt und auf logischem Wege als Erwachsene in uns aufgenommen haben, führen sie, wenn sie mit entgegengesetzten Trieben in Widerstreit geraten, zu verhältnismäßig oberflächlichen Verdrängungen, und der daraus resultierende Widerstand kann auch oft, wenn die äußeren Umstände nicht gar zu ungünstig sind, verhältnismäßig schnell und einfach dadurch weggeschafft werden, daß man dem Patienten auf logischem Wege Einsicht in die Naturnotwendigkeit seelischen Geschehens und in das Wesen unterbewußter Vorgänge und Verdrängungstendenzen gibt, ihn durch die Besprechung natürlicher Dinge natürlicher, innerlich freier und reifer macht.

Anders aber liegen die Verhältnisse dort, wo in der frühesten Kinderzeit die genannten Wertungsvorstellungen nicht auf logischem Wege, sondern unter starker Affektentwicklung seitens der Umgebung auf dem Wege unmittelbaren Erlebens, rein assoziativen, nicht logischen Aneinanderkettens, durch Mimik, nicht durch Sprache vermittelter Eindrücke dem Menschen nahegebracht worden sind. Diese Art der Einprägung von Wertbegriffen einfach durch das Beispiel, nicht durch Worte und logische Begründungen, ist bekanntlich das unendlich viel tiefer Greifende, und für sie ist daher auch jeder Versuch, auf dem Wege einfacher Aufklärung und logischer Beeinflussung etwas zu erreichen, von vornherein aussichtslos. Die Aufhebung solcher in frühester Kindheit von dem Menschen aufgenommener Verbote und Gebote kann vielmehr nur dadurch geschehen, daß man die Situationen, aus denen sie herausgewachsen sind, wiedererleben, sie sozusagen bildhaft anschaulich sich wiederholen oder auch sie wieder

„agieren" läßt. Manchmal gelingt das, wie bekannt, in der Hypnose; aber für die Mehrzahl der schweren Fälle, d. h. jener, wo die pathogenen Kindheitseindrücke und -phantasien ganz besonders stark und langdauernd waren und wo sie im weiteren Verlauf des Lebens allzuviel neues Material sich ankristallisieren konnten, kommt man mit der Hypnose allein nicht aus. Da mußte man bisher zur strikten Befolgung der Grundregel greifen und glaubte, nur so des ganz bewußtseinsunfähigen Materials habhaft werden zu können. Wenn wir uns klarmachen, was bei diesem streng analytischen Vorgehen psychologisch eigentlich geschieht, so ist es dies: der Kranke wird während sehr langer Zeiträume angeleitet, sein ganzes psychisches Inventar an sich vorüberziehen und von den verschiedensten Seiten beleuchten zu lassen. Auch ohne daß der Patient dabei bewußt aktiv mitarbeitet, wird so allmählich das ursprünglich feste Gefüge seiner Kindheitsassoziationen durch ungewollte, aber tatsächliche Übung gelockert und der Kranke, fast ohne daß er es merkt, in die neue Art des Denkens und der Verarbeitung bestimmter Erinnerungen hineingezwungen. Zeit und Wiederholung der neuen Erkenntnisse im Sinne einer beständigen Übung sind also die eigentlich wirksamen Faktoren dabei. Daraus ergibt sich nun aber schon rein theoretisch — und die Praxis hat es mich gelehrt, ehe ich an ihrer Hand diese theoretische Begründung fand — daß, wenn wir Zeit sparen und die Lockerung alter Bindungen trotzdem erreichen wollen, die Wiederholung möglichst intensiv, möglichst rasch hintereinander und möglichst anschaulich geschehen und dem Patienten die für die Festhaltung, aber auch für die Überwindung des Widerstandes so wichtige Übertragung und Verschiebung der Affekte auf den Arzt möglichst erleichtert werden muß.

Damit kommen wir auf eine weitere Quelle des Widerstandes, nämlich auf die Tatsache, daß der Kranke in der Analyse Dinge wiedererlebt, die ihm teilweise ganz besonders lieb und teuer sind und die er deshalb weder hergeben, noch auch nur sich in die Erinnerung bringen lassen will; denn er weiß, wenn sie wieder ganz bewußt geworden oder wenigstens ausgesprochen worden sind, so muß er sich allmählich von diesen Erinnerungen und von aller damit verbunden gewesenen Kinderlust trennen. Wer auch nur einmal die glühende Dankbarkeit solcher Kranken für das Wiedererlebendürfen dieses alten Kinderglücks (z. B. des Geliebt- und Umsorgtwerdens durch Vater oder Mutter, der phantasiemäßigen Erfüllung ehrgeiziger Wünsche u. a. m.) erlebt hat, der wird nicht nur ein gut Teil der sogenannten Übertragung mühelos auch aus dieser Dankbarkeit ableiten, sondern auch verstehen können, warum der Kranke einen solch hartnäckigen Kampf darum kämpft, in der Neurose drin bleiben zu können. Dieser sogenannte Krankheitsgewinn stellt also eine sehr wichtige Quelle des Widerstandes dar. Auch er kann aber nicht nur auf dem Wege weiterer

Befolgung der Grundregel überwunden werden, sondern auch, wie sich aus dem Bisherigen von selbst ergibt, auf dem anderen Wege eines aktiven Vorgehens durch unmittelbares Klarmachen der bisher unerkannten Beziehungen des Patienten zu seiner nächsten Umwelt unter Benutzung des erwähnten Affektes der Dankbarkeit und sonstiger Übertragungstendenzen.

Als eine andere Ursache des Widerstandes ist dann auch noch der auf die Verhältnisse der Gegenwart sich beziehende Krankheitsgewinn zu betrachten, wie man ihn z. B. während des Krieges so unendlich oft beobachten konnte in der Form der Flucht in die Krankheit äußeren Unannehmlichkeiten gegenüber. Ihnen kommt man, da seine Existenz meist sehr schnell und deutlich nachzuweisen ist, mit verhältnismäßig einfachen Mitteln bei.

Zusammenfassend kann man demnach sagen: um den Widerstand aktiver und schneller, als es nur nach der analytischen Grundregel möglich wäre, zu überwinden, müssen wir die aus der Analyse sich ergebenden Erkenntnisse dem Patienten möglichst intensiv und häufig, möglichst rasch hintereinander und in so anschaulicher Form in ihrer Bedeutung zeigen, daß er sich dem Eindruck dieser Anschaulichkeit nicht entziehen kann. Wir müssen ihm vor allem auch eine Auffassung von Willensfreiheit, Schuld, Sünde und ähnlichen moralischen und sozialen Begriffen beibringen, die ihn nicht mehr hindert, sich zu sehen wie er ist. Um ihm den Krankheitsgewinn (und zwar sowohl den weit in der Vergangenheit gelegenen, wie den aus der Gegenwart geschöpften) zu entziehen, wird man auch nicht vor drastischen Ausdrücken, vor gelegentlichen Gewaltmaßnahmen, wie kräftigem Elektrisieren, Verordnen unangenehmer Medikamente, Wasserprozeduren zurückschrecken dürfen und kann dann unter Umständen an der darauf nicht selten einsetzenden Verschlimmerung der Symptome erst recht deutlich die Arbeit des Widerstandes in Form der Trotzreaktion demonstrieren. Ein Mittel, das sich mir in dieser Hinsicht auch häufig gut bewährt, besteht darin, dem Kranken Alternativen zu stellen. Man sagt ihm z. B.: „Wenn Sie eine bestimmte Leistung nicht vollbringen, dann müssen Sie sich eine Aufgabe stellen, die Ihnen noch viel unangenehmer auszuführen ist", oder man gibt ihm einen gewissen Zeitpunkt als letzten Termin der Behandlung, nach deren Ablauf diese unter allen Umständen abgebrochen werden müsse (von Freud selbst gelegentlich angewandt!).

Die Übertragung.

Die Übertragung wird im positiven wie im negativen Sinne zum Zweck der Durchführung des Widerstandes benutzt. Sie möglichst rasch und klar hervortreten zu lassen, ist also eine wesentliche Aufgabe einer aktiven Psychotherapie. Erfahrungsgemäß wirken dem besonders stark die Hemmungen entgegen, die uns unsere Kulturerziehung bringt. Man

wird daher gut tun, diese zunächst dadurch möglichst gründlich wegzuschaffen, daß man an anschaulichen Beispielen zeigt, wie die Verschiebung von Liebe und Haß auf den Arzt eine Wiederholung des Verhältnisses zur kindlichen Umwelt, vor allem zu Vater, Mutter, Geschwistern, ist. Man kann sogar noch weiter zurückgehen und die Übertragungserscheinungen als ein ganz primitives, in der ganzen Lebewelt aufzufindendes Geschehen begreiflich machen, wie dies v. Hattingberg in einer ausgezeichneten Arbeit getan hat (Übertragung und Objektwahl, Internat. Zschr. f. P. A., 1921, S. 401). An Hand von Ergebnissen der Tierpsychologie zeigt er die Unabhängigkeit des Triebes von seinem Objekt. Er führt z. B. ein Experiment Morgans an: dieser gewöhnte ein Hühnchen an seine Person und als er es nach zweieinhalb Tagen seiner eigenen Mutter brachte, die drei andere Hühnchen bei sich hatte, beachtete es die Rufe seiner ihm unbekannten Mutter gar nicht, kam dagegen sofort angelaufen, wenn Morgan selbst seine Hand hinhielt und schmiegte sich hinein. Auch wird man weiter auf geschichtliche und naturgeschichtliche Beispiele dafür zurückgreifen, daß in früheren Zeiten, in anderen Weltgegenden und bei anderen Organismen die Inzestschranke in der Strenge und in der bei uns üblichen Form nicht existierte, wird die Erotik als kosmisches Geschehen begreiflich und damit als etwas Naturgesetzmäßiges verständlich zu machen suchen. Man wird besonders auch die relative Harmlosigkeit der Äußerungsformen dieser Erotik den eigenen Angehörigen gegenüber und ihr allgemeines Vorkommen hervorheben, kurz, einen falschen Schuldbegriff auch dabei nach Möglichkeit auszuschalten bestrebt sein. Daneben wird man dann den Beweis dafür, daß die Übertragung zum Zweck der Durchführung des Widerstandes benutzt wird, durch eine größere Zahl praktischer Beispiele zu erbringen haben, und zwar in einer Form, die den Humor, der neben aller Tragik in der Sache steckt, als milderndes und ausgleichendes Mittel mit hereinzieht[1]).

[1]) Das Wesen der Übertragung kann auch im Anschluß an das in der Psychoanalyse oft gebrauchte Wort „Bindung" klar gemacht und dem Patienten gleichzeitig dadurch in einer Weise verdeutlicht werden, die ihm einiges von dem Blamablen, das darin stecken könnte, wegnimmt: binden, gebunden sein deutet darauf hin, daß jemand gefesselt ist und damit auch fremden, ihm nicht unterworfenen Gewalten preisgegeben. Die Bindung in diesem Sinne unterscheidet sich also dadurch von Liebe, daß sie durchaus nicht dem ganzen Wesen der Persönlichkeit entspringt, sondern nur jenem Teil, der weit in die Kinderzeit zurückreicht und eigener Verarbeitung infolgedessen noch nicht oder nicht mehr zugänglich ist. Im Gegensatz zu Liebe braucht also eine Lösung von dieser Bindung nicht mit einem Gefühl des Verlustes von Wesentlichstem verbunden zu sein, wie umgekehrt die Bindung selbst, da sie nicht dem Wesenskern der Persönlichkeit entspringt, nichts Beschämendes an sich hat und daher auch an irgend welche, an sich dem Betreffenden ganz unähnliche Menschen geschehen kann. Je stärker das Erlebnis der Übertragung ist, je unmittelbarer also dem Patienten zum Be-

Es wäre ja ein leichtes, durch scheinbare Gegenliebe die Verstärkung und das Auftreten der Übertragung zu erreichen. Allein darin stimme ich Freud in seinen glänzenden Ausführungen (Bemerkungen über die Übertragungsliebe, Kleine Schriften zur Neurosenlehre, 4. Folge, 1918) durchaus bei, daß diese Methodik nicht nur recht gefährlich, sondern auch des Arztes durchaus unwürdig ist. Es darf aber doch bei dieser Gelegenheit bemerkt werden, daß ein nicht geringer Teil der Ärzte, die unter Aufgebot starker moralischer Entrüstung gegen die Psychoanalyse losziehen und namentlich die Übertragungsphänomene dabei ins Feld führen, ihrerseits von dieser Übertragung sehr reichlichen, wenn auch sehr verdeckten und damit therapeutisch nicht günstig wirkenden Gebrauch machen!

Wie man auf die angegebene Weise den Eintritt der Übertragung beschleunigen kann, so kann man doch auch manches tun, um die oft durchaus nicht einfache Lösung von der Übertragung zu befördern. Eine gelegentliche Rücksichtslosigkeit, ein scheinbar zufälliger, derber und die Situation grell beleuchtender Ausdruck, der sentimentalen Regungen die Spitze abbricht, die Schaffung einer Situation, die vom Patienten als Lieblosigkeit empfunden wird, z. B. langes Wartenlassen in der Sprechstunde, einige unangenehme körperliche Maßnahmen, wie schlecht schmeckende Medikamente, unangenehme physikalische Prozeduren, z. B. eine schmerzhafte Faradisation, können manchmal recht gute Dienste tun. Oft wird zwar dadurch ein gewisser Trotz, manchmal auch eine masochistische Komponente wachgerufen: man kann dann um so besser daran anknüpfen und zeigen, daß der Patient jetzt ganz infantil reagiert, wie z. B. jener, der mir nach Faradisation erklärte, er habe während derselben gedacht: „Es geschieht dem Doktor ganz recht, wenn ich jetzt krepiere." Die oft sehr deutliche Enttäuschung bei solchen Prozeduren, die sich nicht selten in heftigem Weinen äußert, läßt in vielen Fällen ganz plötzlich eine Klärung der Situation zustande kommen, indem sie eine Art Selbstbesinnung schafft, die an der Brutalität der Wirklichkeit den Patienten gleichsam aus seinem Traum erwachen läßt.

Man wird aber auch durch sachliche Aufklärung über die Wurzeln der Übertragung die Lösung beschleunigen können: nicht nur in dem Sinne, wird man erklären, ist sie infantil, daß man darin das Verhältnis zu den nächsten Angehörigen wiedererlebt, sondern auch insofern, als

---

wußtsein kommt, wie stark die fremden Gewalten sind, die ihn im Bann halten, um so wirksamer ist es und um so sicherer und leichter auch später die Lösung. Dagegen führen alle Halbheiten alles krampfhafte Sichwehren gegen die Bindung oder gegen die Lösung von ihr notwendigerweise zu Schwierigkeiten in der Behandlung, und es ist deswegen eines der ersten Erfordernisse, daß man dem Kranken die nötige innere Freiheit verschafft, um das Erlebnis der Übertragung in seiner ganzen Stärke auf sich wirken zu lassen.

das Bedürfnis, besonders eingehend, mit besonderem Interesse, von einem in solch geheimnisvollen Ruf stehenden Arzt (wie es der Psychoanalytiker für viele Fernstehende ist) behandelt zu werden, der Eitelkeit schmeichelt. Es ist auch bequem und angenehm, daß man durch den Arzt einen Teil der Schuldgefühle abgenommen bekommt, wobei man sich zunächst noch nicht klar gemacht hat, daß dadurch die Verantwortlichkeit fürs weitere Handeln nicht geändert wird!

Endlich kann man zur Beschleunigung der Lösung von den positiven Übertragungstendenzen die Bedeutung und Tatsächlichkeit der damit gleichzeitig entstehenden negativen Affekte gegen den Arzt: Haß, Wut, Ekel, Widerwillen mit heranziehen, indem man sie an praktischen Beispielen erläutert.

Die Erkenntnis der Zusammenhänge.

Die Erkenntnis der Zusammenhänge der Symptome mit unbewußten Vorgängen läßt sich ebenfalls in mancher Weise aktiv fördern. Man kann dabei von der Tatsache ausgehen, daß sich aus einer großen Zahl von Analysen allmählich ein bestimmtes Schema der Reaktion ergibt, das sich, wie ich an anderem Orte ausgeführt habe (Das Wesen und die therapeutische Bedeutung der Psychoanalyse, Zeitschr. f. ärztl. Fortb., 1920, Nr. 4), bei allen Menschen in einer fast ermüdenden Einförmigkeit wiederfindet. Von jedem Menschen werden bestimmte triebhafte Erlebnisse, bestimmte Schuld- und Entsühnungstendenzen, bestimmte Formen der Minderwertigkeitsgefühle in derselben Weise, wenn auch unter verschiedenen äußeren Formeln, erlebt. Der Verdrängungsmechanismus, der unter dem Druck der Triebe einerseits, der Schuldvorstellung und verwandter Vorstellungen andererseits in Funktion tritt, ist dementsprechend bei allen Menschen genau der gleiche und wechselt nur in bezug auf Stärke und Äußerungsart. Man kann eine ganze Reihe solcher typischen Reaktionformen aufstellen, und ihre Kenntnis gestattet uns, mit einer fast mathematischen Sicherheit aus bestimmten Mitteilungen der Krankengeschichte die weiteren Schicksale der betreffenden Persönlichkeit abzuleiten. Schon bei der Erforschung der Krankengeschichte kommt es also darauf an, nach bestimmten Themen eingehend zu fragen und so dem Patienten von vornherein durch die Fragen die Überzeugung zu verschaffen: hier findest du Verständnis, hier kannst du reden. Es ist z. B. auffallend, wie oft die Übertragung beinahe mit einem Schlage einsetzt, wenn man die Tochter nach dem Vater und nach seinem Verhältnis zu ihr fragt und sie sich darüber erstmalig genauer aussprechen läßt. (Dasselbe gilt natürlich bezüglich des Verhältnisses des Sohnes zur Mutter.) Es ist deshalb wichtig, sich bei dem analytischen Vorgehen, namentlich wenn die Mitteilungen zu stocken beginnen, was, wie Freud mit Recht sagt, meist auf den Beginn der Übertragung hinweist, zu wissen, nach

welchen durchschnittlich besonders gefühlsbetonten Komplexen man zu fragen hat. Als solche nenne ich hier neben dem Verhältnis zur Ehefrau bzw. Ehemann, zum Geliebten, das zu den Geschwistern, zu den Kindern, zum Schwager, zu Lehrern und Vorgesetzten und anderen Personen der Umgebung. Auffallend häufig findet sich namentlich bei Leuten aus dem Volke, aber im Grunde nicht weniger auch bei Gebildeten, stark gefühlsbetont die Beziehung zur eigenen Sippe und zu der des anderen Eheteils. Als weitere, starke Komplexreaktionen auslösende Vorstellungen nenne ich die Frage nach sexuellen Vergehungen, nach Liebe, nach Vermögensverhältnissen und daraus resultierenden Spannungen (bei Bauern z. B. häufig Erbschaftsangelegenheiten), nach Ehrgeiz, Beruf, besonderen Interessen, Trauerfällen, Erinnerungstagen, Kindheitserlebnissen, religiösen Vorstellungen, auch Fragen, wie sich der Patient zu Begriffen wie Sünde, Schuld, Glück, Liebe, Schande, Ehre usw. verhält, gehören hierher. Man kann sich auf diese Weise relativ rasch einen Überblick über die ganze Reaktionsform und Reizbeantwortung der betreffenden Persönlichkeit verschaffen, und wenn es auch taktisch falsch wäre, nun sofort mit dem ganzen Geschütz der daraus gewonnenen Erkenntnisse auf ihn loszufahren, so ist es doch andererseits zweckmäßig, durch gelegentliche Bemerkungen halbscherzender Art, durch Erzählungen von Beispielen, die der vermuteten Situation des Patienten entsprechen, das Gefühl in ihm hervorzurufen, daß er erkannt und durchschaut wird. Erst wenn die Übertragung festsitzt und man das Gefühl hat, daß eine genügend starke Summe von Gefühlsbeziehungen des Patienten zu der Person des Arztes hergestellt ist, kann man dann direkten Gebrauch von den aus den Reaktionen des Kranken gewonnenen Erkenntnissen machen.

Im Laufe der Jahre hat sich mir aus dem vielfachen Umgang, namentlich auch mit Kranken aus dem Volke, eine Reihe von Hinweisen ergeben zu einer Art Verständigung durch Symbole, d. h. ich benutze die im Volke und im Traume üblichen Symbolausdrücke und Symbolhandlungen dazu, mich ohne Umweg über das begriffliche Denken sozusagen direkt mit dem Unbewußten des Patienten zu verständigen, mache also meinerseits dasselbe, was der Kranke mit mir tut, indem er mir nicht unmittelbar, sondern mittelbar in der Form des Traumes oder der Fehl- und Symptomhandlungen sagt, was er will und was in ihm vorgeht. Auf die Möglichkeit einer solchen Verständigung hat mich zuerst die oft verblüffende Tatsache aufmerksam gemacht, wie klar sich manche Patienten darüber sind, auch ohne im geringsten über das Wesen der Traumbildung aufgeklärt zu sein, daß sie mit einer Traumäußerung etwas Wichtiges zu sagen haben, ohne daß das bewußte Denken weiß, worum es sich handelt. So pflegte eine Patientin mir öfters Träume zu bringen, von denen sie mir schon im voraus ankündigte: „Heute habe ich etwas Wichtiges zu sagen, passen Sie aber gut auf, ich verstehe es nicht", und sie pflegte bei be-

stimmten Stellen des Traumes in ein heftiges, ihr gänzlich unerklärliches und durch den manifesten Trauminhalt nicht berechtigtes Lachen auszubrechen. Wenn es mir nicht alsbald gelang, ihr den Sinn des Traumes aufzudecken, konnte sie wie ein kleines Kind, das sich verständigen möchte und sich nicht verstanden sieht, gekränkt sein. Wir alle erleben ja bei jedem Gedicht, jeder dramatischen Handlung, jedem in anschaulichen Bildern schildernden Roman oft genug diese unmittelbar das Unbewußte ansprechende Wirkung, und wir brauchen daraus nur die Folgerung zu ziehen, um auch mit unseren Kranken uns viel schneller und eindeutiger verständigen zu können, als es durch das verhältnismäßig so schwerfällige Mittel begrifflicher und logischer Beweisführung möglich ist. In manchen Fällen, wo es mir nicht gelang, den Patienten zum Reden zu bringen, habe ich plötzlich die Schleusen der Mitteilungsfähigkeit geöffnet, wenn ich ihm nach Kenntnis seiner Lebensgeschichte einen Traum erzählte, in dem in symbolischer Sprache das zum Ausdruck gebracht war, was ihn selbst meiner Vermutung nach beschäftigte.

Einer Kranken, die mir nie so recht zugeben wollte, daß sie immer noch in starker Bindung an ihren Vater sei, namentlich im Sinne der Angst und des Minderwertigkeitsgefühls ihm gegenüber, konnte ich dadurch plötzlich zur Klarheit darüber verhelfen, daß ich eines Tages den Vater, der längst gestorben war, direkt mit den Worten anredete: „Also Herr X., ich verbitte mir jetzt, daß Sie sich weiter in die Angelegenheiten Ihrer Tochter in einer so ungehörigen, unverständigen Weise mischen. Verlassen Sie sofort das Lokal, ich werde Sie sonst persönlich herausbefördern!“ Die Kranke springt auf, streckt abwehrend die Hände aus und ruft: „Um Gottes Willen, tun Sie so etwas nicht, ich sehe das wütende Gesicht meines Vaters direkt vor mir, er würde es nie geduldet haben, daß Sie so mit ihm umgesprungen wären. Wenn Sie noch ein Wort sagen, laufe ich aus dem Zimmer.“

Der Vorschlag, daß der Kranke sich so verhalten soll, „als ob“ ich recht hätte, erleichtert ihm vielfach das Eingehen auf die ärztlichen Ideen, insofern als er dadurch sozusagen in seinem intellektuellen Gewissen sich weniger beschwert fühlt. Denn es entspricht einer allgemeinen Forderung der Vernunft und ist auch sonst in der Wissenschaft üblich, daß man in Dingen, die man mangels eigener Erfahrung und grundlegender Kenntnisse nicht beherrschen kann, zunächst einmal annimmt, daß der sich eingehend damit Beschäftigende mehr davon versteht als man selbst. Der Beweis dafür, daß der Patient die inneren Widerstände zu überwinden anfängt, wird erbracht, wenn er spontan Beweismaterial für die Richtigkeit meiner Auffassung herbeizuschaffen sucht. Er lernt so allmählich verstehen, daß es sich um eine neue Art des Denkens handelt und daß es damit genau so ist, wie mit jeder Art des Lernens: anfangs geht es stockend unter starken Schwankungen, allmählich mit zunehmender Gehirnübung immer sicherer, und nach einiger Zeit setzt die neue Art der Auffassung und des Denkens sich so fest, daß sie automatisch abläuft und automatisch

den Kampf gegen die alten Gewöhnungen durchführt. Synthetische und Übungsarbeit zu leisten neben der analytischen, das ist also die Forderung, die man stellen muß, wenn man rasch und sicher vorankommen will.

Es wäre auch vielen Ärzten dringend zu empfehlen, diese praktische Anwendung der Philosophie des „Als ob" auch ihrerseits mehr zu betätigen!

Praktische Beispiele zum Zwecke der Unterstützung der Erkenntnis der Zusammenhänge.

Zur Ergänzung des im Abschnitt über die Freudsche Psychoanalyse theoretisch Ausgeführten und zugleich zu dem Zwecke, dem Arzte möglichst anschauliche Beispiele an die Hand zu geben, vermittels welcher er die Erkenntnis der Zusammenhänge beim Kranken fördern kann, seien hier eine Anzahl solcher aus der Praxis geschöpfter Erfahrungen mitgeteilt.

Die Benutzung der Krankheit als Waffe, als Abwehr, als Mittel zu einem bestimmten Zweck, der dem Kranken teils halb, teils ganz unbewußt ist, zeigen folgende Fälle:

Leutnant K., von mir im Kriege wegen einer psychogenen Störung behandelt, fühlt sich schon nach kurzer Zeit imstande wieder zu gehen. Ich verspreche ihm, ihn nach einigen Tagen in einem entfernteren Ort noch einmal aufzusuchen, werde aber durch dienstliche Umstände davon abgehalten. Einige Tage darauf bekomme ich einen Brief von ihm, er habe an dem betreffenden Tage sich besonders müde gefühlt, und abends seien die Beine wieder vollkommen gehunfähig geworden. Ich weise ihn darauf hin, daß er doch offenbar, durch mein Ausbleiben gekränkt, aus Wut die Störung wieder produziert habe. Er erklärt darauf zunächst, er wisse bestimmt, daß das nicht der Fall sei; nach längeren Drängen sagt er aber: „Offengestanden ja, ich habe mich geärgert, aber erst retrospektiv. Als ich nämlich gestern meinen Brief an Sie schrieb, habe ich gedacht: Sonderbar, daß der Dr. M. nicht früher gekommen ist."

In diesem Falle hat sich also die Wirkung lange vor der Erkenntnis ihrer Ursache durchgesetzt; selbst in dem Augenblick, als er letztere tatsächlich hätte erkennen können, ist sie ihm nicht als eigentliche Ursache klar geworden, sondern nur als eine scheinbar affektlose Bemerkung aufgetaucht. Man sieht hier erstens, wie durch eine Loslösung des Affekts von einer bewußtwerdenden Vorstellung die Erkenntnis der Vorstellung als Ursache verhindert wird und wie zweitens die Verstärkung der Krankheitssymptome als Strafe für den Arzt benutzt wird, der ihm seiner Meinung nach nicht genügende Aufmerksamkeit gewidmet hatte.

Frl. Sch. erzählt: „Gestern als ich von Ihnen wegging, fühlte ich mich sehr wohl. Dann gegen abend kam wieder eine große Depression über mich, warum weiß ich nicht." Dann fährt sie scheinbar ganz unvermittelt fort: „Übrigens, ich bin Tante geworden, mein Bruder hat einen Sohn bekommen." (Wann haben Sie das erfahren?) „Gestern gegen fünf." (Wann sind Sie traurig geworden?) „Um dieselbe Zeit." (Also?) Sie lacht: „Das habe ich

mir gestern abend auch schon gedacht, daß Sie das sagen würden. Ich kann es mir aber doch nicht denken." Erst nach längerer Zeit gibt sie zu, daß sie, nachdem sie sich diese meine mutmaßliche Erklärung gegeben hatte, schon gestern abend ruhig geworden sei. Die Depression war also das Mittel, um ihrer Trauer darüber Ausdruck zu verleihen, daß sie keine Kinder haben konnte.

Eine junge, einfache Frau hat heftige Herzbeschwerden, Angstzustände und Atemstörungen. Sie kommt zu mir mit der Bemerkung, diese Störungen treten nur auf bei bestimmten Gelegenheiten, nämlich dann, wenn ihr Mann Nachtdienst habe. Es stellt sich allmählich heraus, daß sie die Beschwerden teils produziert als Rache dafür, daß der Mann sie nicht genügend beachte, teils auch dazu, um ihn zu verhindern, abends wegzugehen, da sie fürchte, er könnte ihr untreu werden. Nachdem sie diese Zusammenhänge begriffen hat, geht es ihr sehr viel besser. Aber nach einiger Zeit kommt sie wieder und hat einen Rückfall. Ich: „Hat er Sie wieder geärgert?" Sie: „Ja, das hat er auch." Ich: „Und Sie haben gedacht, dann muß er wieder einmal eins drauf kriegen?" Sie: „Ja wissen Sie, was ich gedacht habe: „Junge, Junge, was könntest du dir ein Geld sparen, wenn du mich besser behandeln würdest." Dies Beispiel zeigt zugleich, was viel häufiger ist, als man im allgemeinen denkt, daß die Bestrafung, die Rache am anderen auch in der materiellen Schädigung durch die eigene Erkrankung bestehen kann.

Daß außer sexuellen Triebregungen als Ursachen von Krankheitsymptomen auch Beseitigungswünsche (gröber ausgedrückt Mordimpulse) und soziale Minderwertigkeitsgefühle sehr stark in Betracht kommen, mögen folgende Fälle beweisen.

Frau P. ist wegen einer großen Zahl allgemein nervöser Symptome, speziell auch Angst- und Zangszuständen in Behandlung. Ihrem Mann gegenüber gibt sie an, keinerlei Haß, aber auch keine Liebe zu empfinden. Aus einer Reihe von Tatsachen, die während der Besprechung zum Vorschein kamen, war mir aber klar geworden, daß sie einen sehr ausgesprochenen Haß gegen den Mann hatte. Eines Tages erkläre ich ihr das, stoße dabei auf den heftigsten Widerstand der sehr frommen Dame. Am Nachmittag desselben Tages kommt sie wieder und erzählt, sie habe am Morgen bei der Rückkehr aus der Sprechstunde in dem Augenblick, wo sie durch das Tor des Krankenhauses gegangen sei, einen furchtbar heftigen Schwindelanfall bekommen, und dann sei ihr plötzlich die Erinnerung daran aufgetaucht, daß sie in der Zeit, wo der Mann über ihre sexuelle Kälte besonders empört gewesen sei und ihr darüber Vorwürfe gemacht habe, eines Tages plötzlich die Idee bekommen habe, sie müsse in dem Bücherschrank ihres Mannes nach einem Gift suchen, wodurch es möglich sei, einen Menschen, ohne daß es bemerkt werde, ums Leben zu bringen. Sie habe sich dabei aber gesagt, dieses Gift müsse sie nur für den Fall suchen, daß irgend eine Frau einmal zu ihr käme, die von ihrem Mann aufs schwerste gequält würde und die deshalb keinen anderen Ausweg hätte, als ihn umzubringen.

Frau P., etwas verwachsen, klein und unansehnlich, wegen schwerer Angstzustände in Behandlung, berichtet: „Einmal hatte meine Mutter auf unserem Gut einen Verwalter, der ihr sowohl wie mir den Hof machte. Als er sich mir stärker zu nähern schien, sagte mir die Mutter einmal: ‚Du wirst dir doch nicht einbilden, daß der Mann dich mit deinem Buckel heiratet.' Von da an bekam ich nachts die ersten schweren Angstzustände. Ich legte stunden-

lang das Ohr an die Türe nach dem Schlafzimmer meiner Mutter, um zu horchen, ob sie auch noch atme und geriet dabei in immer größere Erregung, wenn ich mal längere Zeit glaubte, keine Atemzüge zu hören. Ich machte dann öfters die Türe weiter auf und schlich mich in das Zimmer. Aber auch wenn ich mich dort überzeugt hatte, daß sie ruhig atmete, war doch oft schon nach ganz kurzer Zeit die Angst wieder da, und das Spiel begann aufs neue.

Daß gerade beim Kinde solche Mordimpulse besonders unverhüllt zutage treten können, ist bekannt.

Ein kleiner Junge von 6 Jahren erlebt des öfteren, daß der Vater mit der Mutter Krach hat, worauf die Mutter häufig zu weinen pflegt. Eines Tages nach einer solchen Szene nimmt er die Mutter hinter eine Tür und flüstert ihr zu: „Mutterle, ich glaube, das beste ist, wir schlagen ihn tot."

Ein kleiner Patient von ebenfalls 6—7 Jahren bekommt während der Behandlung eine Fußverletzung. Die Tante, die ihn zu verbinden pflegt und die er sonst sehr liebt, wird wegen der dabei entstehenden Schmerzen von ihm gehaßt. Als sie ihn eines Morgens wieder verbindet, fühlt sie etwas Kaltes an ihrer Schläfe, und gleichzeitig hört sie einen lauten Krach: er hatte versucht, sie mit einer kleinen Zimmerpistole zu erschießen.

Hierher gehört auch die Äußerung eines 4jährigen Jungen:

„Du freche Mutter, ich schmeiß dich in den Rhein, du hast mir mein Marienkäferchen zertreten."

Soziale und sonstige Minderwertigkeitsgefühle in ihrer großen Bedeutung zeigt sehr klar folgender Fall:

Frau L., die wegen einer großen Zahl nervöser Beschwerden bei mir in Behandlung ist, zu denen vor allem heftigste Migräne, große allgemeine Erregbarkeit und Leistungsunfähigkeit gehören, muß eines Tages als Zeugin vor Gericht erscheinen. Sie kommt nachher in einer sehr starken Erregung in die Sprechstunde. Da diese Erregung durch die äußeren Umstände durchaus nicht genügend begründet war, denn sie hatte nichts wesentlich Belastendes zu berichten, so schlage ich sofortige Analyse dieses Zustandes vor. Sie erzählt in erregter Weise alle Einzelheiten der Situation vor dem Untersuchungsrichter und erwähnt dabei scheinbar ganz gelegentlich, aber in einer auffallend übertriebenen Ausdrucksweise, daß der Gerichtsschreiber „geradezu wunderbar blaue Augen" gehabt habe, wie sie sich kaum erinnere, sie jemals bei einem Manne gesehen zu haben. Da ich weiß, daß der Vater der Patientin ebenfalls mittlerer Beamter am Gericht war, während sie selbst in einer sozial höheren Schicht sich mit großer Selbstverständlichkeit bewegt und lebt, so mache ich sie darauf aufmerksam, daß mir ein Teil ihrer Erregung damit im Zusammenhang zu stehen scheine, daß eine Erinnerung an den Vater durch diese Situation in ihr aufgetaucht sei. Sie erklärt darauf, daß sei nicht der Fall, weist diesen Gedanken sogar ziemlich kurz und scheinbar gleichgültig ab. Dagegen erklärt sie im weiteren Verlauf der Unterhaltung, der Untersuchungsrichter sei ihr zwar körperlich unangenehm, aber sie habe das Gefühl gehabt, daß er von der Angeklagten vollkommen eingewickelt gewesen sei, und so töricht es ihr auch natürlich als vernünftigem Menschen erscheine, so müsse sie doch zugeben, daß sie das deutliche Gefühl gehabt habe, sie müsse ihn ihr abgewinnen. Diese reine Ehrgeizfrage habe sie ja auch schon in ihrer frühen Mädchen- und

Kinderzeit oftmals veranlaßt, bei irgend einem Mann, der ihr an sich ganz gleichgültig gewesen sei, irgend ein Mädchen, namentlich wenn sie sozial höher stand, auszustechen, und diese Tendenz gehe wohl außer auf ihre beständigen sozialen Minderwertigkeitsgefühle auch auf den Kampf um den Vater zurück, den sie immer mit ihrer älteren und schöneren Schwester geführt habe. Der Richter sei ihr der Vertreter der Gerechtigkeit gewesen, und sie selbst habe bei ihm deutlich ein gewisses Schuldgefühl gehabt, das wohl durch ihre ganze jetzige Stellung (sie befindet sich zur Zeit in seelischen Konflikten wegen einer Liebesangelegenheit) hervorgerufen worden sei. „Der unbewußte Gedankengang war wohl der, daß bei einem Mann, der die irdische und strafende Gerechtigkeit ausübte, eine andere unter viel schwierigeren Umständen, nämlich als Angeklagte, einen Triumpf davon getragen hat, und zwar nicht nur über das Männchen in ihm, sondern über den Mann in seiner Stellung."

In den nächsten beiden Tagen bleibt sie dauernd in einer gewissen Erregung, die sich aus den sonstigen Umständen nicht genügend erklärte. Dann kommt sie unter einem typischen Komplexlachen damit heraus, daß sie doch zugeben müsse, der Gerichtsschreiber habe sie mehr an den Vater erinnert, als sie geglaubt habe. „Meine Blicke gingen immer von dem Gerichtsschreiber nach dem Landgerichtsrat, und ich dachte: eigentlich ist der Schreiber der Hübschere. Nun drängte sich aber sofort das Gefühl dazwischen: ‚und trotzdem ist der Richter ein anderer Kerl'. Es ist eben der Unterschied zwischen Bildung und Halbbildung. Es tut mir sehr weh, wenn mir jetzt der Verstand sagen muß, daß ich als Kind alles in den Vater hineingelegt habe, was, wenn ich mein heutiges Urteil hätte, nicht hätte geschehen können, weil ich den, wenn auch kaum bemerkbaren Mangel an Bildung hätte sehen müssen. Es kriecht mir jetzt ein Schauer über den Rücken vor Erregung. Ich sage mir also: Wahrscheinlich hat der Vater nicht nur in seinem Wesen Halbbildung gehabt, sondern auch in seinem Aussehen. Das habe ich wohl schon als Kind gefühlt. Der Vater war seinem ganzen Wesen nach sehr darauf eingestellt, nicht so zu scheinen, sondern nach außen immer tipp topp. Meine Pedanterie habe ich in dieser Hinsicht sicher von ihm abgesehen, vielleicht auch von der Mutter. Mein Trotz war Ersatz für meinen Stolz, den ich nicht haben konnte und nicht hatte. Ich habe sicher ein- oder zweimal (lacht dabei) solche Szenen erlebt, wo ich mir blamiert vorkam. Es ist sonderbar, ich sage: ‚Ein- oder zweimal', und dabei weiß mein bewußtes Denken noch gar nichts von diesen Szenen. Ich habe aber das bestimmte Gefühl, daß sich diese Szenen in Wirklichkeit schon melden werden in nächster Zeit. Ich tröste mich andererseits damit, daß ich doch allerlei entfaltet haben muß, um als Tochter eines mittleren Beamten überall in den ersten Kreisen schon als Kind geschätzt zu sein. Aber die innere Zerrissenheit, in die ich schon als kleines Mädchen durch diese sozialen Differenzen hineingekommen bin, haben mich so oft veranlaßt, den Gedanken, wegzulaufen, und später ganz allgemein den Gedanken, mich zu verändern, in mir herumzutragen. Ich habe meinen Mann, glaube ich, im wesentlichen nur geheiratet, weil er in gewisser Beziehung aus der ersten Familie in B. stammte, aber ich dachte nicht daran, daß er draußen in der Welt nicht mehr der Erste sein würde. Ich nahm den Mann also auch aus einem gewissen Hunger nach sozialer Ruhe, da ich dachte, daß ich dann nicht mehr, wie vorher immer von allen Seiten, Anfeindungen zu bestehen haben würde, denn ich war von allen Seiten von Neid umgeben."

Am Nachmittag dieses Tages erscheint sie in großer Erregung, zitternd und mit der Versicherung, sie wüßte sich nicht zu helfen vor Spannung und

bringt folgende Erinnerungen vor: „Einmal sagte die Mutter zu mir, ich war vielleicht 9½ Jahre alt: ‚Du mußt mir ein Brot besorgen.' Ob sie nun zum Vater gesagt hat: ‚Gib Luise Geld,' oder ob er spontan gesagt hat: ‚Ich gehe mit,' weiß ich nicht mehr. Es steht nur noch wie heute die Szene vor mir, daß er sagte, er wolle mich begleiten. Er mußte einen kleinen Umweg zu diesem Zwecke mit mir machen, und es schien mir an sich so sinnlos, daß er überhaupt mit mir ging. In dem Laden war ein junges Ehepaar. Die Frau war hochschwanger, was mir sehr unangenehm war. Es war mir sogar unangenehm, von daher Brot zu essen. (Genau wie mir meine Mutter eklig war, als sie in Hoffnung war). Der Vater fing eine lange Unterhaltung mit ihr an und sprach in einer so sonderbar geschraubten Weise. Das schien mir des Vaters unwürdig, und ich schämte mich sehr und fühlte damals deutlich, daß etwas sozial nicht stimmte. Er wollte den Herablassenden spielen, und das empfand ich als geschraubt. Möglich daß die Schwangerschaft der Frau bei dem unangenehmen Gefühl, das ich an diese Szene bewahrt habe, auch eine Rolle spielte. Aber die Erinnerung an diese Szene ist mir doch wohl vor allem wegen dieser Beobachtung, daß der Vater etwas sein wollte, was er eigentlich nicht war, widerwärtig. Jetzt fühle ich, wie mein Darm heraustritt. (Patientin leidet an einem mäßigen Darmvorfall, der immer dann in stärkeren Maße aufzutreten pflegt, wenn sie vom Vater intensiv gefühlsbetonte Dinge vorzubringen hat.) Ich habe mich zu Tode geniert und habe wochenlang gefürchtet, Vater könne wieder mit mir hingehen. Ich dachte: ‚Die Frau muß doch merken, wie albern er sich benimmt.'" Während sie das spricht, bekommt sie intensive Schmerzen in der Blasengegend und erklärt: „Alle meine Qualen kommen wieder, meine Hände fangen an, sich krampfhaft zusammenzuziehen. Ich habe zweimal als Kind Blasenkatarrh gehabt und dabei dasselbe Stechen. Die soziale Minderwertigkeit, die Minderwertigkeitsgefühle, weil ich bloß eine Volksschule besucht habe, das Erkennen des spießigen Haushaltes zu Hause, alles kommt wieder hoch. Ich habe immer eine so furchtbare Angst gehabt, wenn ich krank war, der Vater könne es merken." Auf meine Frage, warum diese Blasenkatarrherinnerungen gerade jetzt auftauchten, lacht sie ein kurzes Komplexlachen und und erklärt: „Ich muß sagen, daß ich die Vorstellung hatte, daß schwangere Frauen bei der Geburt mit den Händen an das Kind, wenn es herauskommt, fassen müßten, und das war mir so eklig. Ob sich da bei mir alte Onanieerinnerungen meldeten? Mir tut die Blase jetzt ganz wahnsinnig weh." Sie kommt dann auf die Geburt ihrer jüngsten Schwester zu sprechen: „Ich hatte das Gefühl, daß Vater maßlos enttäuscht war, weil es kein Junge war. Ich kam damals in eine starke Depression. Vielleicht war der Trotz doch das Erste, was mich damals drängte, mehr sein zu wollen, männlich sein zu wollen; denn meiner Schwester Geburt war vor meinem Verkehr in sozial höheren Schichten. Ich kam in eine gewisse Verbitterung wegen der Schwester, ich wurde das mittlere Kind, das sich am wenigsten beobachtet fühlende. Dann bekam ich Verkehr in diesen anderen Kreisen und hatte die Möglichkeit des Vergleichens. Wenn ich das alles zusammennehme, so muß ich doch sagen: Ich habe mich meines Vaters geschämt, und den Blasenkatarrh hatte ich als eine Art Selbstbestrafung. Aber warum bin ich trotz aller Unannehmlichkeiten immer wieder in die sozial anderen Verhältnisse hineingegangen? Weil ich dem Vater imponieren und die ältere Schwester ausstechen wollte. Sie hat überhaupt keine Freundin gehabt, weil dem Vater alle Freundinnen nicht gut genug waren und der Vater sich gegen einige, die ihm sozial nicht paßten, ganz unglaublich benahm. Ich habe, glaube ich, des Vaters unerfülltes soziales

Sehnen mitempfunden, habe versucht, ihm auf meine Weise eine Art Ersatz zu schaffen. Die Triebfeder war sicher, daß ich hoffte, in den Augen des Vaters zu steigen. Daß er sich selbst damit den Ast absägte, auf dem er saß, indem ich über ihn dann hinauswuchs, konnte er nicht wissen. Wenn ich in derselben Zeit, wo ich in diesen Offiziers- und höheren Beamtenkreisen verkehrte, manchmal das Bedürfnis hatte, zu einer gewissen Frieda Sch., der Tochter eines einfachen Postboten in ganz primitiven Verhältnissen, zu gehen, so habe ich mich wohl von der furchtbaren Spannung ausruhen wollen, in die ich durch die innere Dissonanz zwischen den verschiedenen Milieus geraten war. Meine Schwester hatte umgekehrt den Drang nach dem sozial niederen Milieu hin und schleppte mich in Familien, wo ganz unglaubliche soziale Verhältnisse herrschten, verbot mir dabei auf das strengste, dem Vater oder der Mutter davon etwas zu erzählen. Was muß ich dabei für Schuldgefühle gehabt haben!"

Man sieht aus dieser Erzählung, wie enorm stark solche Minderwertigkeitsgefühle, die aus sozialen Unterschieden herauswachsen, auf die Kindesseele einwirken können. Man kann allerdings daraus zu gleicher Zeit auch erkennen, wie völlig unmöglich es ist, Minderwertigkeitsgefühle dieser Art, erotische Einstellung zum Vater, sexuelle Phantasien, Ehrgeizmotive und Schuldmotive voneinander zu trennen.

In welcher Weise die Symbolik zur Darstellung begrifflich und bewußt nicht faßbarer Gedanken verwendet werden kann, erhellt zunächst aus einer von mir bei einem Jungen von zwei Jahren gemachten Beobachtung.

Der Junge spielt eines Tages mit dem Kindermädchen im Garten. Ein Kind im Nebengarten wirft einen Ball über den Zaun und versucht dann, in ungeschickter Weise mit einem Stock den Ball herüberzuholen. Das Dienstmädchen sagt: „Wie dumm das Kind ist, es braucht doch nur über den Zaun zu klettern, dann hätte es den Ball sofort." Am nächsten Morgen hat der Vater eine kleine Auseinandersetzung mit seiner Frau. Der Junge liegt in seinem Bettchen und hört die etwas erregte Aussprache mit an. Er hat den Eindruck: „hier ist eine Schwierigkeit" und hat vom Tage vorher noch die Erinnerung daran, wie man eine Schwierigkeit überwinden kann, und so spricht er auf einmal in die Auseinandersetzung herein die tröstlichen Worte: „Aber Mutter, doch einfach über den Zaun klettern!"

Die Verbindung einer Anschauung und anschaulichen Erfahrung zum Zweck des Ausdrucks für einen inneren Vorgang zeigt sich darin ganz offensichtlich, zugleich auch der Versuch, eine Erfahrung von einer gefühlsmäßig ähnlichen Situation auf eine andere, aber nur gefühlsmäßig erfaßte, zu übertragen. Der psychologische Vorgang bei der Verwendung gewisser kindlicher Erfahrungen (übrigens auch manchmal solcher des erwachsenen Lebens) auf eine gefühlsmäßig ähnliche Situation verläuft bei Neurosen sicher häufig in ganz ähnlicher Weise, d. h. es wird nicht danach gefragt, ob die in Beziehung gebrachten Situationen an sich ähnlich sind, sondern es kommt nur ihr ähnlicher Gefühlscharakter in Betracht.

Frau D. hat nach einer Besprechung ihrer erotischen Beziehungen zu ihrem Bruder und Vater die heftigsten Magenschmerzen (derentwegen sie in Behandlung gekommen war). Sie gibt an, daß sie sich unmittelbar vorher besonders stark an die Zärtlichkeiten ihres Vaters erinnert habe, doch sei der Schmerz „selbstverständlich" von dem schlechten Abendessen im Restaurant gekommen. Sie muß dann aber trotzdem, als sie nach Hause kommt, geradezu zwangsweise eine Menge Süßigkeiten essen. Darauf eingestellt, kommt ihr als erster Gedanke, daß ihr Vater Schokoladenfabrikant ist.

Wir haben hier also eine doppelte Symbolik: erstens der Schmerzen, deren Sinn Sehnsucht und Selbstbestrafung ist. Darauf folgt der Versuch, die Symbolik zu verdecken durch die Annahme, die Ursache der Schmerzen sei das schlecht bekömmliche Abendessen. Zu Hause kommt dann aber die Fortsetzung der ersten Symbolik, indem die Patientin ihr Zusammengehörigkeitsgefühl mit dem Vater und ihre Sehnsucht nach ihm dadurch zum Ausdruck bringt, daß sie das ißt, was er fabrizierte. Die Verwendung des Ausdrucks Süßigkeit für sexuelle Wünsche und allgemein triebhafte Wünsche ist ja bekannt.

Eine Kranke kommt während einer längeren Behandlung eines Tages mit der Klage, sie habe das Gefühl, als hätte sie eine Brille auf der Nase. Das quäle sie sehr und zwinge sie dauernd, nach der Nase zu fühlen. Darauf eingestellt, fällt ihr ein, daß ich am Tag vorher mit ihr über ihre Schwester gesprochen und ihr gezeigt hatte, wie sehr sie ihr gegenüber verärgert sei und wie dieser Ärger in einer bestimmten Zeit sich zum Haß gesteigert habe. In derselben Zeit war sie aber auch dadurch stark erschreckt und erregt und auch in ihrer Eitelkeit gekränkt worden, daß sie von einem Augenarzt hörte, wenn sie weitere Störungen ihrer Augen vermeiden wolle, müsse sie eine Brille tragen. Sie sah in der Brille ein Symbol des Alterns und ärgerte sich schwer darüber, verglich sich auch mit der wesentlich jüngeren Schwester. Das Gefühl, eine Brille auf der Nase zu haben, das sie jetzt produziert, ist demnach eine symbolische Darstellung der Erregung über die Schwester und über die Einstellung ihr gegenüber, die noch auf sie drückt, zugleich eine Wiedererneuerung der schon früher einmal stark aufgetauchten Trauer über das Altwerden.

Eine Kranke erzählt, einmal habe ihr Schwager, als sie bei ihm zu Besuch war, sich zu ihr ans Bett gesetzt und sie geküßt. Da sei zufälligerweise der Junge des Schwagers hereingekommen und habe diesem zugerufen, was er denn mache. Sie habe vor Scham das Gesicht unter der Bettdecke versteckt. Kurz ehe ihr diese Erinnerung gekommen sei, habe sie einen starken Schmerz und Druck auf dem Kopf gefühlt, wie wenn man ihr eine Decke über den Kopf zöge. Dann erst sei die eigentliche Erinnerung zum Vorschein gekommen.

Frau G. hat abends immer das Gefühl, als ob ihr etwas im Halse säße, wie ein Pinsel, der auf und ab geht. Aufgefordert, mir ihren nächsten Einfall dazu zu sagen, rückt sie damit heraus, ihr Mann sei seit einiger Zeit impotent. Das ist die oft zu beobachtende Verlegung der Wünsche von unten nach oben (in die harmlosere Gegend).

Daß sich das Unbewußte in dem Bestreben, seine Wünsche und Absichten zu verdecken, der sonderbarsten und oft raffiniertesten Kniffe und Künste bedient, ist bekannt. Hier seien einige gezeigt.

Frau K. weicht meinen Darstellungen immer wieder in der Weise aus, daß sie, wenn ich von Allgemeinem rede, so antwortet, als ob ich von Speziellem gesprochen hätte oder umgekehrt. Vor allem aber, indem sie das, was ich ihr über das Unbewußte sage und wobei ich mich an ihr Unbewußtes wende, verstandesmäßig auffaßt und als bewußter Verstandesmensch mir antwortet, z. B. ich erkläre ihr, daß sie ihrem Mann gegenüber immer noch Haßgefühle habe. Sie: „Aber ich will das doch gar nicht." Oder ich sage ihr, daß sie unbewußt sich bemühe, ihrem Manne Schwierigkeiten zu machen. Sie: „Das ist schon deshalb falsch, weil ich mich doch immer bewußt bemüht habe, das Gegenteil zu tun."

Ein ganz besonders raffinierter Trick mancher Patienten besteht darin, daß sie, wenn man ihnen gezeigt hat, wie sie ihre Zwangsvorstellungen oder Angstzustände sich selbst verständlich machen, „übersetzen" müssen, nunmehr die Zwangsvorstellung produzieren, sie leisteten in dieser Übersetzung nicht Genügendes, sie übersetzten falsch oder in einer schädlichen Richtung. In diesen Fällen wird also der Heilungsversuch selbst zum Gegenstand des Zwangs gemacht, um die Heilung zu verhindern.

Als weitere Kunstkniffe gegen das Sichklarwerden der Zusammenhänge werden u. a. benutzt: erstens völlig unlogische Auffassung dessen, was der Arzt sagt, z. B. er erklärt, eine bestimmte Art von Reaktion sei kindlich bedingt, stamme aus dem Unbewußten. Darauf Antwort: „Also bin ich ein schlechter Kerl." Diese Antwort wird gegeben, obgleich vorher lange Zeit dem Patienten klar gemacht worden war, daß moralische Wertbegriffe in der Unterhaltung vollkommen ausschalten müßten.

Ein anderer Trick ist selbstverständlich die plötzliche Verschlechterung des körperlichen Befindens. Der Kranke erklärt, er komme durch die Behandlung immer weiter herunter, oder er hat so wahnsinnige Kopfschmerzen, daß er nicht denken kann, oder er wird plötzlich von einer so furchtbaren Müdigkeit befallen, daß er sich nicht mehr zu retten und zu helfen weiß und unbedingt sich hinlegen muß. Hat man ihn um eine bestimmte Zeit bestellt, so hat er sich „zufällig" verschlafen, oder er ist „zufällig" einen falschen Weg gegangen, oder hat „zufällig" die Bahn nicht mehr bekommen usw. Dann treten Bedenken auf, ob die Kur nicht zu lange dauert, wird also Ungeduld produziert. Auch kann man unmöglich so lange im Wartezimmer sitzen. Man wird in seinen moralischen Begriffen vollkommen verwirrt, man kann überhaupt nichts mehr unterscheiden, oder es wird dem Arzt das, was er gesagt hat, direkt im Munde herumgedreht bzw. werden die Verhältnisse so verschoben, daß sie dem Patienten als geradezu umgekehrt erscheinen als sie tatsächlich sind. Sehr häufig ist in dieser Hinsicht z. B., daß der Kranke erklärt: „Ich möchte gerne heiraten, aber ich kann doch natürlich nicht, ehe ich gesund bin." In Wirklichkeit will er nicht heiraten und schiebt deswegen die Krankheit als Hindernis vor. Es bedarf in solchen Fällen häufig unendlicher Mühe, bis man dem Kranken klar ge-

macht hat, wie sehr er sich in diesem Fall über Ursache und Wirkung täuscht.

Fräulein K. sagt: „Wenn Sie mir etwas erklärt haben, schiebe ich alles weg. Ich habe die Kraft nicht, es weiter zu verarbeiten, es wird nicht regelrecht verdaut, und es ist mir dann sehr rasch wieder vollkommen unklar."

Ein anderes, häufig vorkommendes Mittel ist die Kausalitätsverschleierung und -verschiebung.

Hauptmann L. erzählt, daß er am Abend vorher beim Friseur in der „Jugend" ein Bild seiner Schützengrabenstellung gesehen habe. Das habe ihn „eigentlich" gefreut. Dann erklärt er, nachdem er wenige Worte über ganz andere Dinge gesprochen hatte, daß er die vergangene Nacht besonders schlecht geschlafen habe. Die Tatsache, daß das Bild seiner Schützengrabenstellung ihn seelisch stark erregt und die Schlafstörung hervorgerufen hat, will ihm zuerst durchaus nicht einleuchten. Erst als ich ihn darauf aufmerksam mache, daß er mir doch kurz vorher erzählt habe, wie entsetzlich ihn die leiseste Erinnerung an die Kriegszeit errege, wird ihm allmählich der Zusammenhang klar.

Herr N. erzählt von einer Bekannten, einer Nonne, die ihn stark reize. „Sie war bei uns zu Besuch, ein hübsches Nönnchen, wie man so sagt. Aber ich wurde gerade in dieser Zeit immer verstimmter und geriet allmählich in eine wirkliche Depression, vielleicht deshalb, weil sich die Nonne nicht genug abtötete, wie man es von einer Klosterfrau verlangt." Er verlegt also seine eigenen Wünsche in die Nonne und bestraft sich dann durch Depression an sich selbst, weil er dunkel fühlt, daß es eigentlich seine eigenen Wünsche sind.

Fräulein K. unterhält sich mit mir über die Gründe ihrer Schmerzen. Ich suche ihr verständlich zu machen, daß diese mit ihrer Liebesaffäre, die sie kurz zuvor erlebt hatte, zusammenhingen. Sie lacht laut und erklärt: „Ich muß einfach lachen über diese Annahme, so töricht kommt sie mir vor." Wir unterhalten uns über anderes, und 10 Minuten später fängt sie spontan an: „Ich muß allerdings zugeben, daß meine Beschwerden mit der Liebesaffäre angefangen haben."

Wie schwierig es für Patienten trotz klarer Erinnerung an die zu einer neurotischen Erkrankung führenden Erlebnisse sein kann, die Ursache in diesem Erlebnisse selbst zu finden, zeigt folgender Fall:

Junge Bäckersfrau, Herzbeschwerden intensivster Art, Angstzustände, hochgradige Blutarmut und stärkste Abmagerung, Gründe weiß sie gar nicht anzugeben. Sie fühle sich zu Hause sehr wohl, es sei alles in schönster Ordnung, und in ihren familiären oder sonstigen inneren und äußeren Verhältnissen könne also keinerlei Grund für ihre Erkrankung liegen. Bei dieser Behauptung bleibt sie trotz wiederholter Äußerung meines Zweifels. Dann lasse ich sie ihre Krankengeschichte aufschreiben, und erst als ich sie im Anschluß daran noch einmal dringend frage, ob sie denn sonst gar nichts erlebt hätte, erklärt sie: „Meine Mutter meint, ich müßte Ihnen auch noch etwas erzählen. Als wir vor zwei Jahren heirateten, war ich dazu gezwungen, weil ich vorher schon schwanger war. Ich trug das damals lange mit mir herum und grämte mich schrecklich darüber, sagte aber keinem Menschen etwas, bis ich eines Tages zusammenbrach, ohnmächtig wurde und Herzrasen bekam. Da fragte mich die Mutter, ob mir etwas fehle. Ich gestand es ihr, und es ist weder von

ihrer noch von Vaters Seite ein Wort des Tadels darüber gefallen. Einige Tage vor der Hochzeit gingen wir zum Geistlichen und meine Mutter sagte: ‚Gehe nicht mit einer Lüge in die Ehe, sondern sage dem Geistlichen über die Sache Bescheid.' Dieser war sehr ruhig und sachlich, sagte nur: ‚Es ist nun mal geschehen', und zu meinem Manne gewandt: ‚Nun müssen Sie Ihre Frau recht auf Händen tragen.' Bei der kirchlichen Feier aber fing er plötzlich an, vor der ganzen Gemeinde in der Kirche gegen unsere Sünden loszuziehen und erklärte, wir müßten unser ganzes Leben lang unsere Sünde zu büßen bestrebt sein. Ich habe mich darüber natürlich entsetzlich aufgeregt; denn wir waren ja vor dem ganzen Dorfe blamiert. Aber was soll das alles nun mit meiner Krankheit zu tun haben? Diese ist zwar unmittelbar danach aufgetreten, und ich habe in den damaligen Fieberdelirien immer von diesem Erlebnis gesprochen, aber es hat mit der Erkrankung doch sicher nichts weiter zu tun."

Man sieht hier, daß eine an sich doch selbst für Laien geradezu auf der Hand liegende Verursachung in ihrer Bedeutung vollkommen verkannt wird, ebenso wie auch die Ohnmacht, mit der sie ihrer Mutter ihre Schwangerschaft anzukündigen versuchte, durchaus nicht in ihrem Zweckcharakter erfaßt wurde. Als Grund der vollkommenen Verkennung der Zusammenhänge erwies sich, daß sie durch ihre Erkrankung sowohl dem mit der Familie ziemlich eng verbundenen Geistlichen, wie auch dem Ehemann zeigen wollte, wie sehr sie sich von ihnen gekränkt und verletzt fühlte, daß sie aber dieses Rachemittel sofort hätte aufgeben müssen, wenn sie die Zusammenhänge verstanden haben würde. Dementsprechend leistete sie auch gegen den Versuch, ihr diesen Zusammenhang zu zeigen, den allerheftigsten Widerstand und wurde erst überführt, als sie während der Behandlung eines Tages dem Geistlichen unversehens begegnet war und im Anschluß daran wieder einen Ohnmachtszustand bekommen hatte.

Ein klassisches Beispiel dafür, daß kindliche Eindrücke stark affektbetonter Art sich mit ihrem ganzen Affekt trotz aller gegenteiligen Verstandeserkenntnis als noch im späteren Alter wirksam erweisen können, sei hier noch angefügt.

Herr P., ein im übrigen gesunder Mensch, der nur gelegentlich der Behandlung seiner Frau einige Male bei mir vorsprach, zeigt bei der Unterhaltung, wo es sich um Lernstoff, Schulen oder ähnliches handelt, eine auffallende Unsicherheit und Scheu. Über den Grund befragt, erklärt er sofort, er wisse es wohl, könne es aber unmöglich sagen, denn dann würde ich ihn vollkommen verachten. Er habe deswegen auch seiner Frau nichts gesagt, da er überzeugt sei, daß sie ihn in diesem Fall einfach verlassen würde. Nach langem Drängen erst kommt er unter den größten Hemmungen damit heraus, daß er als elfjähriger Junge sehr faul gewesen sei, und man ihn deswegen auf eine sogenannte Presse getan habe. Dabei habe ihm seine Mutter erklärt, das sei die schlimmste und schwerste Schande, die man ihm und seinen Eltern antun könnte. Nach einem Jahre sei er dann wieder zurückgekommen, habe weiterhin gut gelernt, aber immer und immer wieder sei ihm diese Erinnerung als ein Schandfleck schlimmster Art in seinem Leben erschienen, und er habe sich

von der Überzeugung, daß das kein Mensch wissen dürfe, ohne ihn zu verachten, nicht frei machen können. Er ist heute ein sehr vermöglicher und hochgeachteter Mann von 40 Jahren, und da sonstige schwerere neurotische Symptome sich bei ihm nicht finden, so ist der Fall als ein Schulbeispiel dafür anzusehen, wie auch beim gesunden Menschen aus der Kindheit herstammende Wertungen trotz aller entgegenstehenden intellektuellen Erkenntnisse mit einer Stärke bestehen bleiben können, die der einer wirklichen Zwangsvorstellung ähnlich ist.

Weiteres Material über die in der Analyse auftretenden Schwierigkeiten findet man in Freuds klassischer Darstellung „Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie", 1924, in Ferenczis erwähnter und in seiner neuesten sehr lesenswerten Schrift „Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten", Internat. Zschr. f. P. A., Bd. 9, H. 1 und in von Hattingbergs klugem Aufsatz „Zur Analyse der analytischen Situation", Internat. Zschr. f. P. A., Bd. 10, S. 34ff. Auch Stekels Schriften enthalten viele brauchbare Fingerzeige.

Abreagieren.

Endlich ist es auch möglich, das Abreagieren, die Affektentladung aktiv zu befördern, und zwar dadurch, daß man gegenüber der Neigung fast aller Kranken, bei ihren Mitteilungen am Allgemeinen haften zu bleiben oder Reflexionen über ihre Verhältnisse anzustellen, immer wieder darauf drängt, sie müßten anschauliche Einzelszenen früherer Situationen mitteilen, auch wenn sie scheinbar noch so unwichtig seien. Anschauliches Erleben von Einzelheiten früherer Situationen erst bringt auch den damaligen Affekt wieder richtig an die Oberfläche. Durch gelegentliche Einschiebung einer Hypnose oder eines hypnoseähnlichen Zustandes, in dem man einfach Auftauchendes erzählen läßt, kann man das noch weiter unterstützen. Durch geeignete Lektüre, in der psychoanalytisches Material verarbeitet wird, ist es ebenfalls nicht selten möglich, anschauliche Bilder wieder auftauchen zu lassen. Von solchen Büchern nenne ich „Demian" von Hermann Hesse, „Aus guter Familie" von Gabriele Reuter, dann eine Anzahl von Erzählungen von Leopold Frank, „Das Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens" von Hug-Hellmuth u. a. m. Auch bei der Beförderung des Abreagierens wirkt seitens des Arztes eine möglichst anschauliche Sprache, ein gelegentlicher derber, aber klarer Ausdruck, zur Schaffung entsprechender Situationen oft überraschend günstig. Ein besonders bezeichnender Fall dieser Art ist folgender:

Ein Patient, der dauernd den krampfhaften Versuch machte, durch Reflexionen über seinen Zustand, durch Aufschreiben scheinbar geistreicher Einfälle zu seinen Symptomen bei mir den Eindruck eifrigsten Mitarbeitens zu erwecken, der aber in Wirklichkeit darunter, wie das so oft der Fall ist, nur starken Widerstand verbarg, sofern er auf diese Weise das Auftauchen eigentlich nutzbringender Einfälle verhinderte und bei dem ich den starken

Eindruck hatte, daß er auch das scheinbar anschaulich Erzählte niemals wirklich anschaulich erlebte, kommt eines Tages wieder mit einem großen Zettel von Notizen in die Sprechstunde. Er hatte mir in den Tagen vorher des öfteren von der Art seines Onanierens erzählt. Dabei spielte ein Korb eine Rolle, der ihm, wie die weitere Analyse ergab, einen bestimmten Körperteil seiner Mutter repräsentierte. Im Anschluß daran hatte er dann tiefsinnige Reflexionen über die Bedeutung des Onanierens und die dabei auftauchenden Phantasien angestellt und auf diese Weise die Kindlichkeit seiner auch jetzt noch vorhandenen Tendenz, in dieser Weise sich sexuell zu betätigen, sozusagen zu verdecken gesucht. Ich führe ihn in ein anderes Zimmer, in dem ein großer Papierkorb steht und sage: „Hier ist ja so ein Korb, stellen Sie sich einmal vor, Sie bedienten sich seiner in der üblichen Weise", dann verlasse ich ihn einen Augenblick und finde ihn bei Wiedereintreten in das Zimmer in einer enorm erregten Stimmung. Er erklärt, jetzt erst sei er durch die Grobheit meiner Bemerkung darauf gestoßen worden, was für ein großes Kind er noch sei, wie sehr er sich bisher durch alle seine Redereien habe einer eigentlichen Einsicht in diese Tatsache entziehen wollen. Von da an ging die Analyse wesentlich rascher voran.

Einige weitere praktische Winke.

Die Graphologie, die ja in den letzten Jahren immer mehr auf eine wirklich wissenschaftliche Grundlage gestellt worden ist, läßt sich zweifellos oft mit Erfolg auch in den Dienst einer raschen Erkenntnis psychoanalytischer Zusammenhänge stellen. Es ist mir häufig möglich gewesen, Patienten, die sich durchaus von der Existenz unbewußter Regungen nicht überzeugen lassen wollten, dadurch zu überführen, daß ich folgendermaßen vorging: es wurde ihnen eine kleine Erzählung diktiert, in deren Verlauf einige auf ihre Komplexe bezügliche Daten eingeflochten waren und nun außer auf den Verlauf des Schreibens auch auf Schnelligkeit, Mimik dabei usw. geachtet. Fast regelmäßig läßt sich zeigen, daß an Komplexstellen die Schrift gewisse Veränderungen zeigt im Sinne einer Hemmung, Verstärkung oder Abschwächung der Kraft, mit der die Schriftzüge ausgeführt werden, Flüchtigkeit, anderer Stellung, auffallenden Herunter- und Heraufgehens unter die Linien u. a. m. Alle für den Graphologen sonst wichtigen Anhaltspunkte lassen sich auch hier für einen Einzelfall verwenden.

Auch andere Ausdrucksmittel können gelegentlich nicht ohne Nutzen herangezogen werden, so z. B. das Zeichnen. Wenn man bei kranken Menschen, wie ich das zuerst bei Geisteskranken zum Zwecke der Diagnosenstellung vorgeschlagen habe und wie es Prinzhorn nachher in einer glänzenden Darstellung weiter fortgeführt hat, einfache Zeichnungen oder auch kompliziertere, wirklich künstlerische Gestaltungen machen läßt, so bekommt man oft außerordentliche klare Aufschlüsse über gewisse innere Vorgänge. Näheres kann ich hier darüber nicht sagen, da es zu weit führen würde.

Dagegen sei noch kurz einer anderen Möglichkeit des Vorgehens Er-

wähnung getan, die darin besteht, daß man in eine Unterhaltung mit dem Patienten, für diesen unvermutet, eine auf einen bei ihm vorauszusetzenden Komplex bezügliche Bemerkung einfließen läßt: er pflegt darauf oft mit dem Auftreten seiner Symptome zu reagieren und man kann ihn dadurch unter Umständen von dem Vorhandensein seiner Komplexe überzeugen. Diese, wohl jedem Analytiker bekannte Art ist neuerdings von Tremmel als „Komplexreizmethode" beschrieben worden (Fortschr. der Sexualwissenschaft und Psychoanalyse, Bd. 1).

Zusammenfassung des Vorgehens bei der aktiven Psychoanalyse.

Praktisch ergibt sich, um es noch einmal kurz zusammenzufassen, aus dem obigen folgendes Vorgehen (vgl. meinen Aufsatz Willenstherapie und Psychoanalyse, Zeitschr. f. ärztl. Fortb., 20. Jahrg., 1923, Nr. 8):

Zunächst Aufklärung über Wesen und Sinn einer psychischen Behandlung überhaupt. Sodann Aufnahme einer möglichst genauen Anamnese unter bewußter Ausfragung über psychoanalytisch besonders wichtige und typisch wiederkehrende Punkte, vor allem auch eingehendes Erforschen der Beziehungen zu Vater, Mutter, Geschwistern. Durch Besprechung dieser letzteren Punkte wird erfahrungsgemäß die Übertragung der Affekte auf den Arzt gefördert und damit einer der Hauptmotoren der Behandlung in Tätigkeit gesetzt. Dieser summarischen psychischen Bestandsaufnahme müssen die ersten Stunden gewidmet sein.

Ferner wäre es nunmehr am Platze, eingehende Aufklärungen über den Unterschied einer rein naturwissenschaftlichen, während der Behandlung notwendig zu fordernden und einer moralisierenden, wertenden Betrachtungsweise zu geben. Dabei muß der Arzt in bezug auf Vorurteilslosigkeit der Weltbetrachtung, aber auch zugleich in bezug auf die ethischen Anforderungen, die er an sich selbst stellt, dem Patienten ein praktisches Beispiel zu geben versuchen: Beispiel wirkt auch hier mehr als alles Reden. Aus demselben Grunde wirken auch anschaulich wiedergegebene, dem Falle entsprechende Krankengeschichten mehr als theoretische Darlegungen und sie nehmen auch, zusammen mit dem eigenen Verhalten des Arztes, am raschesten die Scheu vor der Aussprache.

Ist die letztere so in Fluß gekommen, dann ist eine, je nach dem Fall verschieden große Zahl von Sitzungen einzuschalten, in denen man nach der strengen analytischen Grundregel vorgeht, um dem Patienten die Art und das Wesen unbewußter Vorgänge nahezubringen. Hat er das einigermaßen erfaßt, so kann man bald dazu übergehen, ihm unter Benutzung längst sichergestellter Erfahrungen auf den Kopf zuzusagen, daß man bestimmte Erlebnisse und Phantasieprodukte bei ihm, wie bei allen Menschen, als selbstverständlich voraussetzen müsse. Nach anfänglichem Sträuben pflegen dann meist die entsprechenden Mitteilungen ohne wesentlichen Widerstand weiter zu erfolgen. In vielen Fällen freilich

kommt man auch dann nur weiter durch eisern konsequentes, oft mehrmals am Tage, jedenfalls aber zum mindesten täglich geschehendes Wiederholen der immer möglichst anschaulichen Aufklärungen, durch absolute Unnachgiebigkeit gegen Leugnungsversuche, schriftliches Wiederholenlassen der wesentlichen Punkte der Aufklärung und immer wieder sofortiges Zupacken, sobald uns der Patient Handhaben zur Demonstration seiner unbewußten Vorgänge gibt. Aufgaben, die die letzteren gleichsam zum Hervortreten reizen, eignen sich dazu besonders gut. Man lasse den Kranken dabei das neue Gelernte und Erkannte sich immer wieder laut vorsagen, zwinge ihn, an Stelle der Symptome deren Übersetzung sich immer aufs neue vorzusprechen, an Stelle des Agierens, des Wiederholens von Situationen, klare Erinnerungen zu setzen und zwar ebenfalls entweder laut sprechend oder schriftlich und sprachlich fixierend. Laut Gesprochenes ist Anschauung, nur Gedachtes dagegen zu schemenhaft. Nach der Sitzung soll er sich in ruhiger Lage Zeit der Verarbeitung des zuletzt Gehörten überlassen. Dazu, wie auch zum leichteren Auftauchenlassen von Assoziationen tut oft eine oberflächliche Hypnose gute Dienste. Der Widerstand wird durch solche leichte Hypnosen unter den genannten Voraussetzungen keineswegs verstärkt, wie man früher behauptet hat.

Sind die Kranken besonders abwehrend, so scheue ich auch nicht davor zurück, von ihnen einfach zu verlangen, daß sie zunächst einmal meine Auffassung ihres Zustandes als eine Art heuristischen Prinzips verwenden, zunächst als eine Möglichket gelten lassen, bis sie schließlich auf Grund eigener Erfahrung die Richtigkeit eingesehen hätten.

Die Aufklärung über die Rolle des Krankheitsgewinns und der Gewöhnung wird dann alsbald zweckmäßigerweise verbunden mit der Aufforderung zu weiteren Übungen, die sich nun wesentlich an das Wollen wenden. Dazu gehört zunächst die Durchführung der Behandlung in der „Situation der Versagung", wie Freud, seine Grundregel schon selbst bis zu einem gewissen Grade durchbrechend, sich ausgedrückt hat, d. h. der Kranke wird veranlaßt, die Reaktionen, die ihm besonders lustbetont sind, während der Behandlung sich zu versagen. Sodann werden die Patienten, z. B. Zwangsneurotiker und Angstneurotiker, gezwungen, gerade das zu tun, was ihnen besonders unangenehm ist, aber dabei unausgesetzt bei der Ausführung der betreffenden Handlungen sich laut vorzusagen, was der Sinn ihrer Symptome ist. Man schrecke auch nicht vor allerlei schweren Aufgaben zurück wie z. B. der, daß bestimmte Gedanken bzw. Vorstellungen zuerst ganz klar und anschaulich gemacht, dann bewußt für eine bestimmte Zeit unterdrückt und bei eventuellem Auftauchen sofort durch irgend eine Strafe geahndet werden, ein Verfahren, das bekanntlich Ignatius von Loyola in seinen Exerzitien, die überhaupt eine Fundgrube praktischer Psychologenweisheit sind, ganz systematisch ausgebildet hat. Auch setze man bestimmte Termine für die Behandlungsdauer, nach deren

Ablauf die Behandlung auf alle Fälle abgebrochen wird, lasse den Patienten sich Alternativen stellen, kurz, weise ihm den Weg, ganz nach Analogie der Einwirkung auf ein unerzogenes Kind mit seinen unbewußten Instanzen zu verfahren. Oft wird man die Erfahrung machen, daß der Patient jetzt erst mit einer Reihe verdrängter Wünsche herausrückt und, wie Ferenczi sagt, nicht bloß versteckte Regungen vor dem Arzt bekennt, sondern sie auch agiert. Gerade dann aber kann man ihn besonders gut anleiten, sie auch zu beherrschen.

Diese Art einer analytisch-synthetischen Übungsbehandlung (so habe ich vorgeschlagen, dieses Vorgehen zusammenfassend zu nennen), fordert, wie man sieht, vom Arzte viel Energie, Ausdauer und Aufmerksamkeit, natürlich auch eine gewisse intuitive Einfühlungsfähigkeit; sie bringt naturgemäß auch allerlei Gefahren mit sich, wie akutes Aufflammen der Symptome, anfängliche Verstärkung des Widerstandes, oft auch eine gewisse Erschwerung der Übertragung. Aber wenn man konsequent bleibt, wird man in einem überraschend großen Prozentsatz der Fälle nicht bloß diese Gefahren überwinden, sondern in ihr Gegenteil verwandeln. Allerdings kann man diese Technik nur psychoanalytisch gründlich geschulten und psychologisch und psychiatrisch vorgebildeten Ärzten gestatten, die genau wissen, wann und wie sie die einzelnen Phasen der Behandlung anzuwenden haben, was versteckter Widerstand, was beginnende positive oder negative Übertragung, was wieder aufflackernder Krankheitswille ist. Unter dieser Voraussetzung aber halte ich es für einen Fortschritt, daß wir in einer Zeit wie der jetzigen eine rasch und sicher zum Ziele führende psychische Behandlung in dem geschilderten Vorgehen besitzen; denn gerade diejenigen Schichten der Bevölkerung, die uns die wertvollsten geistigen Kräfte stellen, wären von der zweifellos wirksamsten psychischen Behandlungsmethode, nämlich der Psychoanalyse, ausgeschlossen, wenn es nicht möglich wäre, sie abzukürzen und damit auch für diese Kreise verwertbar zu machen.

Die geschilderte Art der Behandlung bietet, wie man sieht, auch mit den Methoden der Willenstherapie sehr viel nähere Beziehungen, als die mehr passive reine Analyse und vermeidet so am sichersten den der letzteren oft (wenn auch meist mit Unrecht) gemachten Vorwurf des „Wühlens in sexuellen Dingen". Jedenfalls dürfte sich eine solche analytisch-synthetische Übungsbehandlung, vor allem auch für die Fälle empfehlen, wo eine gewisse allgemeine Passivität im Wesen des Patienten an sich schon stark ausgeprägt ist.

Zur aktiven Therapie gehört es endlich auch, dem Kranken allgemeinere Gesichtspunkte, weitere Perspektiven zu vermitteln. Deshalb sei kurz noch ein solcher hier angefügt.

In seinem Hauptwerk, „Die Welt als Wille und Vorstellung", hat Schopenhauer einen Abschnitt „Zur Metaphysik der Geschlechtsliebe"

geschrieben, der in einer erstaunlichen Intuition sehr vieles von dem, was wir heute erst durch die Analyse begrifflich erfassen gelernt haben, vorweg genommen hat.

„Was im individuellen Bewußtsein sich kundgibt als Geschlechtstrieb überhaupt und ohne die Richtung auf ein bestimmtes Individuum des anderen Geschlechts, das ist an sich selbst und außer der Erscheinung der Wille zum Leben schlechthin. Was aber im Bewußtsein erscheint als auf ein bestimmtes Individuum gerichteter Geschlechtstrieb, das ist an sich selbst der Wille, als ein genau bestimmtes Individuum zu leben. In diesem Falle nun weiß der Geschlechtstrieb, obwohl an sich ein subjektives Bedürfnis, sehr geschickt die Maske einer objektiven Bewunderung anzunehmen und so das Bewußtsein zu täuschen: denn die Natur bedarf dieses Stratagems zu ihren Zwecken. Daß es aber, so objektiv und von erhabenem Anstrich jene Bewunderung auch erscheinen mag, bei jedem Verliebtsein doch allein abgesehen ist auf die Erzeugung eines Individuums von bestimmter Beschaffenheit, wird zunächst dadurch bestätigt, daß nicht etwa die Gegenliebe, sondern der Besitz, d. h. der physische Genuß, das Wesentliche ist. Die Gewißheit jener kann daher über den Mangel dieses keineswegs trösten: vielmehr hat in solcher Lage schon mancher sich erschossen. Hingegen nehmen stark Verliebte, wenn sie keine Gegenliebe erlangen können, mit dem Besitz, das ist dem physischen Genuß, vorlieb."

Die Klarheit, mit der er dann im einzelnen diesen Gedanken, daß wir lediglich im Dienst der Gattung stehen, indem wir unseren subjektiven Bedürfnissen nachzujagen glauben, genauer ausführt, läßt dieses Kapitel besonders geeignet erscheinen, es solchen Menschen in die Hand zu geben, die in einer Überschätzung der Erotik, als bloß körperlicher Funktion, befangen sind. Es ist in der Tat sowohl für den erotisch übererregten Menschen, wie für den, der darüber trauert, daß ihm ein Kind versagt ist, ein starker Trost, wenigstens intellektuell verstehen zu können, daß wir bei allem, was die Geschlechtsfunktionen betrifft, nur so lange allzu intensiv leiden, als wir allzu tief und hemmungslos im Dienste der Gattung stehen. Freilich ist auf der anderen Seite nicht zu bezweifeln: je inniger das Wollen eines Individuums mit dem Willen der Gattung sich verbinden bzw. mit ihm zusammenfallen kann, um so harmonischer und also auch um so glücklicher kann sein Leben sein. Und das Bestreben, den Menschen die Bedeutung für ein solches harmonisches Zusammenfallen von Gattungswillen und Individualwillen zu schaffen, müssen wir selbstverständlich auch vom medizinischen Standpunkt aus unterstützen. Aber es gibt eben doch Fälle genug (sie werden weitaus die Mehrzahl sein), wo äußere oder innere Hemmungen dem entgegenstehen. Hier gilt es, dem Individuum die Möglichkeit zu schaffen, an einer anderen Stelle als der des Fortpflanzungstriebes mit universelleren Zwecken so

in Verbindung zu treten, daß jenes oben genannte Zusammenfallen von Einzelzweck und Gesamtzweck zu einer harmonischen Bildung ebenfalls erreicht wird.

Noch ein anderer Gesichtspunkt von allgemeiner Bedeutung ergibt sich aus der Erkenntnis und der Tatsache, daß das primitive Lustsuchen bei allen mit dem Fortpflanzungstrieb in Zusammenhang stehenden Funktionen eigentlich gar nicht auf das Individuum geht: das Widerstreben der meisten Menschen gegen die Anerkennung der Bedeutung sexueller Faktoren in ihrem Leben richtet sich nämlich hauptsächlich dagegen, daß sie es infolge unserer Moralvorstellungen unerträglich finden, von einem so „gemeinen" Trieb beherrscht zu werden. Kann man ihnen nun zeigen, daß dieser Trieb ja eigentlich gar nicht unsere Lust erstrebt, sondern ganz ohne Rücksicht auf diese den Zweck der Gattung, also das Kind, so wird dadurch plötzlich die Existenz dieses Sexualtriebes vom Einzelindividuum nicht mehr als eine Schmach empfunden. Fraglos hätte die Psychoanalyse nicht den starken Widerstand in weiten Kreisen gefunden, wenn von Anfang an dieser Gesichtspunkt, daß eigentlich der Mutterschaftsinstinkt, das Mutter- und Vaterseinwollen, das treibende, zu tiefst zugrunde liegende Element im Sexuellen ist, mehr in den Vordergrund geschoben worden wäre. Deshalb pflege ich auch diesen Gesichtspunkt stark hervorzuheben und dem Kranken an Hand dieser Erkenntnis zu zeigen, daß alle seine Verirrungen letzten Endes mit einer ungenügenden Kenntnis des Zieles, das sie erstrebten, zusammenhängen: er wollte das Kind, auch wenn er es bewußt nicht wollte, aber er wußte das nicht, suchte es daher krampfhaft auf verkehrtem Wege.

Hier weist uns Schopenhauers Auffassung auf ein Überindividuelles, letzten Endes Metaphysisches, auf einen Sinn, der all den erotischen Trieben zugrunde liegt und etwas ganz anderes ist, als nur körperliche Lust.

Es gehört meines Erachtens ganz allgemein mit zu einer nach der Analyse zu leistenden Synthese, das Triebleben als etwas verstehen zu lassen, das zwar die Grundlage alles irdischen Lebens ist, das aber keineswegs die Totalität des Lebens überhaupt umfaßt. Mit der Zurückführung aller krankhaften psychischen und zu einem guten Teil auch physischen Erscheinungen auf Triebverschränkungen, Triebverwandlungen, Triebentwicklungen und -sublimierungen haben wir die Triebprobleme auf einer Ebene bis zu einem gewissen Grade gelöst. Auf einer anderen aber tauchen sie, unter ganz anderen Gesichtspunkten betrachtet, als Probleme sozialer, ethischer, religiöser Art wieder auf: durch den Nachweis z. B., daß die triebhafte Einstellung zum wirklichen Vater allmählich zu einer bestimmten Einstellung zu Gott-Vater und einer entsprechenden Vorstellung über ihn oder daß das Luststreben zu einem bestimmten ethischen Verhalten den Mitmenschen gegenüber führt, habe ich die Mög-

lichkeit, von einem anderen Gesichtspunkte aus Entstehung und Wert des Gottesbegriffes oder ethischer Prinzipien ganz anders zu beurteilen, keineswegs ausgeschlossen. Von hier aus mag jeder, wie es seiner Individualität entspricht, weiter nach dem Sinne des Lebens suchen; daß er danach sucht und daß er nach gelungener Analyse sein Leben in einen größeren Zusammenhang einordnen lernt, das ist von meinem Standpunkt aus etwas Gesundes und Wünschenswertes, ja Notwendiges.

Eine solche, sozusagen religiöse Einordnung des individuellen Ich in ein Überpersönliches hat übrigens auch, ganz abgesehen von ihrer spezifisch geistigen Wirkung, für die Behandlung im ganzen insofern eine große Bedeutung, als es eine immer wieder zu bestätigende Erfahrung ist, daß die Stärke, mit der sich Seelisches in Körperliches umzuformen vermag, direkt proportional ist der Stärke des Glaubens an die Macht überindividueller Faktoren.

Man wird natürlich gegen diese von mir vorgeschlagene Art des Vorgehens von seiten der dogmatischen Freudschüler, die ja häufig weit intoleranter sind als Freud selbst mit seiner dem Genie eigenen Wandelbarkeit und Großzügigkeit, sehr vieles einzuwenden haben. Man wird mir vor allem einwerfen, ich vermengte auf diese Weise sogenannte Suggestivtherapie mit analytischer und Aufklärungsbehandlung. Aber wie ich bereits an anderem Orte gesagt habe, läßt sich erstens eine reine Scheidung zwischen den verschiedenen Methoden überhaupt nicht vornehmen, zweitens erblicke ich einen Vorzug meines Vorgehens gerade darin, daß es den verschwommenen Suggestionsbegriff nach Möglichkeit klar zu machen und damit seiner schädigenden Wirkung zu entkleiden versucht, drittens ist eine Verbindung der Methoden kein Schaden, sondern ein Nutzen für die Therapie, und endlich kommt es mir nicht darauf an, Prinzipien zu reiten, sondern zu helfen.

Schließlich darf ich für diese aktive Analyse dasselbe verlangen, was Freud und seine direkten Schüler mit Recht für ihr Vorgehen immer und leider allzulange vergeblich gefordert haben: daß nicht theoretisch konstruierte Einwände, sondern die Praxis entscheiden soll. Die Praxis aber entscheidet, wie ich auf Grund einer sehr reichen Erfahrung sagen kann, in dem Sinne, daß die Widerstände und die Verdrängung durch das oben geschilderte Verfahren auf die Dauer nicht, wie man fürchten zu müssen glaubte, gesteigert, sondern verhältnismäßig rasch überwunden werden können. Was der eine oder andere Kranke unter Umständen dabei an Tiefe des analytischen Erkennens verliert, gewinnt er an Aktivität des Handelns.

G. Aufklärungsbehandlung und Psychopädagogik.

Die Psychoanalyse muß, wie sich aus dem bisherigen schon ergibt, dauernd mit Aufklärung und allgemeiner Belehrung Hand in Hand gehen. Sie knüpft also in dieser Hinsicht an denjenigen Teil der Psychotherapie an, der überall und zu allen Zeiten am unmittelbarsten geübt worden ist. Systematisch freilich ist auch dieser Zweig erst in neuerer Zeit herangezogen worden, und zwar vor allem durch Otto Rosenbach, Ziehen, Forel, Oppenheim, Eschle u. a. m. In den letzten beiden Jahrzehnten waren es vor allem Dubois und seine Schüler, die diese Behandlung zu einer besonderen Anerkennung brachten. Entsprechend der allgemein ärztlichen Neigung, nur das „Exakte", vernunftgemäß unmittelbar Begründbare als wissenschaftlich gelten zu lassen, hat gerade diese Form der Psychotherapie, die Dubois als rationelle den suggestiven Methoden gegenüberstellte, zunächst in weiteren ärztlichen Kreisen den größten Eindruck gemacht. Schon vor Jahren habe ich nachgewiesen, daß selbstverständlich auch bei dieser Art der Behandlung persönliche und sonstige irrationale Faktoren letzten Endes ausschlaggebend sind. Es ist ganz sicher nicht zufällig, daß immer nur stark ausgeprägte Persönlichkeiten mit dieser Methode wesentliche Erfolge erreichen. Die Wirkung persönlicher, unmittelbarer Kraft, die Fähigkeit, pädagogisch wirksame Erklärungen zu geben, der in allen Kreisen vorhandene mystische Faktor und nicht zuletzt die Tatsache, daß der Mensch, wenn er nur Worte hört, glaubt, es müsse sich dabei auch etwas denken lassen, die bei allen sogenannten Erklärungen, wie früher schon gesagt, eine so große Rolle spielt, das alles und vieles andere mehr, gehört zu diesen irrationalen Faktoren. Was den zuletzt genannten Punkt anlangt, so kann man aber immer wieder die Beobachtung machen, daß Patienten medizinische Erklärungen, für die ihnen im Grunde die nötigen Kenntnisse fehlen, als vollkommen befriedigend hinnehmen. Es wird also bei dieser Überredungs- und Überzeugungsbehandlung durchaus nicht immer rein logisch und rational vorgegangen und verstanden, sondern oft genug übersetzt sich der Kranke die Sprache des Arztes in seine eigene Denkweise und verbindet insofern mit ihr unter Umständen ganz andere Vorstellungen als der Arzt. Wie oft kann man es z. B. erleben, daß man dem Kranken an Hand eines Schemas zu zeigen versucht, in welcher Weise z. B. eine hysterische Lähmung durch falsche Funktion eines bestimmten Gehirnzentrums, also nicht peripherwärts, zustande kommt, und daß der Patient am Ende der Erklärung damit herausrückt, er verstehe das sehr gut, denn er habe „gerade an dieser Stelle" Kopfschmerzen! Wie ich es an anderem Orte ausgedrückt habe: der Patient glaubt, die Sache verstanden zu haben, und dieser Glaube, daß er jetzt die Gründe für die Möglichkeit seiner Genesung erfaßt und die Art, mit der dabei vor-

zugehen sei, durchschaut habe, hilft ihn gesund machen. Das Wesentliche bei der Heilung ist also die Überzeugung, daß man gesund wird, weil man weiß, wie man es wird. Der natürliche Hochmut des Menschen, speziell des Mannes, wird durch diese Art des Vorgehens in gewisser Beziehung besonders befriedigt, weil sie sich scheinbar so ganz an die Göttin Vernunft wendet, und es ist eine Art von Dankbarkeit des Patienten für das Vertrauen des Arztes auf seine Vernunft, wenn er darauf mit Heilung reagiert.

Die wichtigste Grundlage jeder Behandlung durch Aufklärung (von Dubois „Persuasion" genannt) ist eine möglichst genaue körperliche Untersuchung. Der Kranke muß zunächst die Überzeugung haben, daß der Arzt ihn körperlich genau kennt und nichts übersehen hat. Dann erst kann man von ihm verlangen, daß er psychologischen Erklärungen sich ohne weiteres fügt. Da die meisten Patienten vorher schon bei einer Reihe anderer Ärzte waren und ihre Befürchtungen sich hauptsächlich auf den Gedanken, organisch krank zu sein, erstrecken, so richtet sich häufig der Erfolg jedes weiteren Vorgehens nach der Gründlichkeit dieser ersten Untersuchung. Bei dieser Gelegenheit läßt sich auch dem Kranken unter Umständen direkt ad oculos demonstrieren, daß seine Befürchtungen grundlos sind, indem man ihm z. B. die natürliche Größe seines Herzens aufzeichnet oder im Spiegel vor dem Röntgenschirm zeigt. Diese Aufklärung durch Handeln läßt sich auf allen möglichen Gebieten ausführen. So hat Rosenbach geraten, bei Kranken, die an der Furcht, gewisse Speisen nicht essen zu können, litten, nach dem Genuß dieser angeblich unverdaulichen Speisen, den Magen auszuspülen. Man kann ihnen dabei vorher erklären, was sie ungefähr zu sehen bekommen: daß dann wirklich nichts anderes zu sehen ist, wirkt als direktes Beweismittel. Auch ein Blick in das Mikroskop bei der Befürchtung einer Blutkrankheit oder einer angeblichen Zeugungsunfähigkeit kann oft mehr wirken, als die einfache Versicherung. Gutzmann hat für die hysterische Aphonie eine einfache Spiegelvorrichtung angegeben, die dem Patienten Gelegenheit zur Beobachtung seiner Stimmbänder gibt. Gute Dienste leisten auch einfache Skizzen. An Hand derselben kann man dem Patienten den Verlauf eines Nervenvorganges zeigen und ihm den Einfluß des Gehirns auf den übrigen Körper verständlich machen. Bei gewissen nervösen Herzerkrankungen leistet die Aufforderung, eine Anzahl von starken Muskelübungen in Gegenwart des Arztes zu machen und dann selbst Puls, Atmung, Gesichtsfarbe als nicht wesentlich verändert festzustellen, oft gute Dienste. Menschen mit Angst vor Rückenmarkserkrankungen kann man in derselben Weise, indem man ihnen den Sinn der Reflexe erklärt, zeigen, daß nichts Krankhaftes vorliegt.

Hat man den Kranken auf diese Weise darüber beruhigt, daß nichts

übersehen worden ist und ihm durch einige Demonstrationen eine weitere Sicherheit in dieser Hinsicht gegeben, so gilt es, ihm die Art seines Zustandes möglichst verständlich zu machen, so daß er das Gefühl bekommt, jetzt selbst über seine Krankheit Herr werden zu können. Wie wichtig es dabei ist, falsche Assoziationen auf Seiten des Gefühls- und Vorstellungslebens zu lösen, darauf ist an anderer Stelle schon hingewiesen worden. Man wird dabei gewisse physiologische Tatsachen mit hereinziehen müssen, z. B. die, daß nach körperlicher Ermüdung eine selbstverständliche Schmerzreaktion in der Muskulatur eintritt, daß Anhalten des Atems den Herzschlag beeinflussen kann, ebenso wie Liegen auf der linken Seite oft erst die Wahrnehmung der Herztätigkeit zum Bewußtsein kommen läßt. Die Abhängigkeit unserer Empfindungen und Gefühle von Selbstbeobachtung und Aufmerksamkeit, von augenblicklicher Stimmungslage und äußeren und inneren Umständen, ihr An- und Abschwellen unter bestimmten Verhältnissen, sind dem Kranken klar zu machen. Man sei mit Beispielen dabei nicht sparsam. Praktisch wichtig ist es, eine Anzahl immer zur Hand zu haben, und ich führe deswegen noch einige an: Aufhebung der Ermüdungsempfindung durch plötzlich oder in besonderer Stärke eintretende Reize, der Übelkeitsempfindung beim Eisenbahnfahren durch anregende Unterhaltung, des Einflusses von Siegeszuversicht oder Niedergeschlagenheit auf marschierende Truppen, Wichtigkeit der Vorstellung, die wir uns von der Schwere eines Gewichts gemacht haben auf dessen tatsächlich empfundene Schwere, optische Täuschungen aller Art bezüglich der Beurteilung von Farben-, Größen- und Formunterschieden unter dem Einfluß sehr wenig oder sehr stark davon abweichender Vergleichsobjekte, Einfluß des beginnenden Schlafes auf unsere Vorstellungstätigkeit im Sinne der Vergrößerung oder Verkleinerung von Objekten, Unterdrückung gewisser, wirklich vorhandener Empfindungen zum Zweck der genaueren Wahrnehmung anderer Empfindungen, z. B. die bekannte Tatsache, daß wir die vor der Netzhaut liegenden Aderhautgefäße nicht wahrnehmen, ihr Schattenbild aber jederzeit als tatsächlich vorhanden nachweisen können, wenn wir entsprechende Beleuchtungsbedingungen einführen. Hierher gehören auch die Unterdrückung der Doppelbilder beim Schielen dadurch, daß das vom schielenden Auge empfangene Bild nicht beachtet wird oder die allmählich zu erlernende Nichtbeachtung gewisser subjektiver Ohrengeräusche. Für die Behandlung von Schmerzen ist es besonders wesentlich, nachzuweisen, daß auch Schmerzempfindungen aufs stärkste von Gewöhnung, Ablenkung und augenblicklichen Gefühls- und Stimmungsschwankungen abhängig sind. Das bekannteste Beispiel ist ja das Verschwinden der Zahnschmerzen beim Betreten des zahnärztlichen Sprechzimmers. Die Hausfrau faßt heiße Gegenstände, die dem Ehemann heftige Schmerzen verursachen würden, infolge Gewöhnung ohne weiteres an. Der Schmied, dem der

Funke auf die Hand springt, das glühende Glas, das der Glasbläser bei der Arbeit anfaßt, das flüssige Blei, worin der Diamantschleifer seine Diamanten drücken muß, würden andern, daran nicht gewöhnten Menschen Schmerzen bis zu Verbrennungserscheinungen verursachen. Heftigster seelischer Schmerz, wie auch lebhafte Freude sind imstande, körperlichen Schmerz zu übertönen. Überhaupt ist hier die Gelegenheit, dem Kranken die Macht des Gedankens (der Vorstellung) auf unser gesamtes Körper- und Seelenleben vorzuführen und ihm klar zu machen, wie Halluzinationen und Verstärkung von allen möglichen Sinnesempfindungen durch die bloße Vorstellung erzeugt werden können, wie die Erwartung, daß man etwas höre und sehe, die entsprechenden Empfindungen hervorrufen kann. Die Psychologie der Zeugenaussagen bietet dafür besonders einleuchtende Beispiele. Oft genug kommt es ja vor, daß Aussagen unter Eid abgegeben werden, die objektiv falsch sind. Die an anderem Orte erwähnten Versuche von Paulow und die Experimente von Bogen bei einem Magenfistel-Kinde, die von Heyer bei Magen-Darmstörungen, können hier angefügt werden. Die allgemein bekannte Tatsache des Einflusses des Geistes auf den Körper wird mit Erfolg heranzuziehen sein: Angstschweiß, Erröten und Erblassen bei Affekten, Durchfälle, vermehrte Harnabsonderung, pollutionsartige Vorgänge bei Erregungen. Dabei wäre auf die häufige Verwechslung von Ursache und Wirkung aufmerksam zu machen, z. B. daß häufig genug nicht die Ermüdung die Schmerzen in einem bestimmten Muskelgebiet hervorruft, sondern daß die Erwartung der Ermüdung die Wahrnehmung der Schmerzen begünstigt, oder daß bei Pollutionen diese selbst oft als Ursache besonderer Mißempfindungen angesehen werden, während in Wirklichkeit die Angst, sie könnten elend machen, die Ursache der körperlichen Wirkungen ist.

Um einem Patienten die Tatsache zu demonstrieren, daß wir in einem weitgehenden Maße bei unserer Wahrnehmung subjektiven Täuschungen unterliegen, dazu eignet sich besonders ein schon von Aristoteles angegebener Versuch: Wir schlagen den Mittelfinger einer Hand über den Zeigefinger derselben Hand in der Weise wie es beim Übereinanderschlagen der Beine beim Sitzen geschieht. Dann legen wir die beiden Finger auf eine große Erbse, die auf einem (möglichst nicht ganz glatten) Tische sich befindet, und zwar so, daß die Rundung der Erbse gerade in den Spalt zwischen den beiden Fingerspitzen zu liegen kommt. Dann fahren wir mit den Fingerspitzen über die Erbse hin und her, so daß sie bald mit der einen, bald mit der anderen Fingerspitze in Berührung kommt. Wir haben nun die deutliche Empfindung, als wenn wir zwei Erbsen unter den Fingern hätten, wovon die eine vor der anderen läge. Die Täuschung gelingt besonders dann, wenn die Augen dabei möglichst ausschalten, da der Anblick der einen Erbse die Täuschung nicht deutlich aufkommen läßt. Offenbar zeigt sich hier die Überlegenheit des

Gesichtssinnes über den Tastsinn, soforn sich der erstere mit einer weit größeren Zahl intellektueller Elemente zu verbinden pflegt.

Bei Patienten, die intelligent genug sind, wird man diese Gelegenheit benutzen, ihnen verständlich zu machen, wie auch die allgemeine Lebensauffassung eines Menschen, seine Lebensfrische und Lebensenergie, von momentanen Stimmungsschwankungen und umgekehrt die letzteren wieder von körperlichen Zuständen abhängig sind, und daß eine beständige Wechselwirkung zwischen diesen beiden Faktoren stattfindet. Auch auf die falschen psychologischen Grundbegriffe, die in der Laienwelt Geltung haben, wäre dabei hinzuweisen, z. B. auf den falschen Begriff der „Willensschwäche", hinter der sich häufig im Gegenteil eine, allerdings falsch gerichtete und zu krampfhafte, Willensenergie verbirgt. Auch der Begriff des Willens an sich bedarf häufig einer gewissen Klärung in dem Sinne, daß man dem Kranken begreiflich macht, wie falsch es ist, anzunehmen, daß „der Wille" ein isoliertes Etwas sei, das man nur zu rufen brauchte, wie einen deus exmachina. Jede Willenstätigkeit sei vielmehr das Produkt einer großen Summe von Strebungen, Vorstellungen, Gefühlen und eine Umstellung des Willens also Sache der Umstellung der ganzen Persönlichkeit. Bei Depressionszuständen ist es nicht selten ein erheblicher Trost, wenn man die Periodizität im Ablauf der gesamten Lebensvorgänge und der dadurch gegebenen Stimmungen dem ganzen Leben gegenüber als etwas durchaus Normales aufzeigt und damit auch die Hoffnung geben kann, daß Zeiten der traurigen Stimmung mit Notwendigkeit von Zeiten heiterer Stimmung abgelöst werden müssen.

Es ist natürlich Sache der Einfühlungsfähigkeit, wie man bei alledem im einzelnen vorgeht. Die „magische" Wirkung des Wortes, von der neuerdings so viel die Rede ist, liegt ja vor allem in seiner Fähigkeit, gleichzeitig zahlreiche Assoziationen anklingen zu lassen und dabei so anschaulich zu wirken, daß die dadurch zu erweckende Vorstellungsreihe bildhaft klar vor uns auftaucht. Besonders wichtig ist das natürlich dem Ungebildeten gegenüber, aber man glaube ja nicht, daß der Gebildete dem Zauber der Anschaulichkeit des Wortes nicht genau so gut verfällt. Wer das beobachten will, der möge sich, wie schon oben erwähnt, nur einmal die Wirkung vergegenwärtigen, die die anschauliche Schilderung von Kurpfuschern betreffs ihrer Methode auch auf Gebildete zu machen pflegt. Es zeigt uns zugleich auch, in welcher Richtung unsere eigene Erklärungsweise gehen muß: sie hat einerseits in der Wahl der Worte und Bilder sich nach der jeweiligen geistigen Entwicklungsstufe des Patienten zu richten, andererseits ihm möglichst klare und anschauliche Vorstellungen zu vermitteln und muß dabei doch vermeiden, sich allzu weit von der wissenschaftlichen Wahrheit zu entfernen. Die Tatsache, daß kein Mensch und namentlich kein nervöser, ertragen kann, vom Arzt für „eingebildet krank" gehalten zu werden, ist dabei besonders zu be-

rücksichtigen. Deswegen ist eine Anzahl von Ausführungen über die Beziehungen zwischen psychologischen und physiologischen Vorgängen meist unerläßlich, d. h. man muß dem Kranken nahe zu bringen versuchen, daß die seelischen Vorgänge materielle Grundlagen im Gehirn bzw. im viszeralen Nervensystem haben, daß also seine Erkrankung, auch wenn sie wesentlich seelisch bedingt ist, trotzdem genau so gut eine körperliche ist, wie jede andere körperliche Erkrankung auch, nur daß ein wesentlicher Teil des Sitzes der Erkrankung im Zentralnervensystem zu suchen sei. Das kann man ihm an Hand einer kleinen Zeichnung des Verlaufs der Nervenbahnen nach dem Gehirn und unter Hinweis auf die bei Amputierten gemachten Beobachtungen betreffs des Nachklingens von Schmerzen in dem bereits amputierten Glied verständlich machen. Er begreift dann, daß der Sitz unserer Empfindungen das Gehirn und die niederen Nervenzentren sind und daß die Projektionen von dort in die Peripherie nach jedem Organ hin die allerverschiedensten körperlichen Symptome hervorrufen können. Auf diese Weise vermeidet man am besten das Auftauchen von Widerständen gegen die Behandlung mit der Begründung, man nehme den Patienten „nicht ernst". Wie oft kann man es erleben, daß Kranke nach einer solchen Aufklärung etwa in die Worte ausbrechen: „Warum hat man früher immer nur gesagt, du brauchst bloß zu wollen, und kein Mensch hat mir erklärt, wie ich wollen könnte."

Zur Belehrung und Aufklärung gehören weiterhin natürlich eine Reihe anderer elementarer psychologischer Erklärungen, z. B. darüber, wie eine an sich anfangs organische Erkrankung später Erinnerungsschmerzen auslösen kann und wie diese sich allmählich zu fixieren vermögen; ebenso über die Bedeutung der falschen Gewöhnung und falschen Übung z. B. bei gewissen Formen von Tics, nervösem Husten usw. Für recht bedenklich halte ich es, wenn Dubois u. a. ihren Patienten erklären, daß sie unlogisch, falsch denken, daß es eine Art von Schwachsinn sei, wenn sie Symptome nicht überwinden können. Selbstverständlich muß das Denken im ganzen bei dem Patienten insofern umgestaltet werden, als seine bisherige Lebensauffassung und -führung häufig einer wesentlichen Umgestaltung bedarf; aber unlogisch ist das Denken von seiten des Patienten aus betrachtet nicht, sondern nur irregeleitet und jeder Zweifel an der Intelligenz wirkt höchstens im Sinne der Auslösung einer starken Abwehr gegen die Behandlung. Im Gegenteil halte ich es für geboten, gelegentlich während der Behandlung einfließen zu lassen, was ja auch den Tatsachen entspricht, daß ein gewisses Maß von Intelligenz geradezu Voraussetzung für eine erfolgreiche seelische Behandlung sei. Man erreicht durch diese Anstachelung des Ehrgeizes jedenfalls mehr, als durch das Duboissche Vorgehen.

Man vergesse übrigens nicht, daß dieser Aufklärungs- und Belehrungsbehandlung gewisse allgemeine Schwierigkeiten entgegenstehen.

Dazu gehört erstens bei vielen Patienten ein tatsächlicher Mangel an Intelligenz, ferner die, leider nicht bloß in der Laienwelt, sondern auch in der ärztlichen, noch immer stark vorhandene Abneigung gegen alles Psychologische, die oft genug ja mitten in eine psychische Behandlung hinein, z. B. den Hausarzt ironische oder sonstige schädigende Bemerkungen dem Kranken gegenüber machen läßt. Auch die Unfähigkeit weiter Kreise, eine „einfache Unterhaltung" als ein Heilverfahren anzusehen, schafft oft Komplikationen. Das ist der Grund, der uns praktisch häufig zwingt, zum mindesten im Anfang, bis man sich das Vertrauen und Verständnis des Patienten erworben hat, irgend eine körperliche Behandlung mit der aufklärenden zu verbinden.

Daß für die rationelle Psychotherapie überhaupt alle die Erkenntnisse in Betracht kommen, die wir in den übrigen Abschnitten dieses Buches besprochen haben, ist ohne weiteres einleuchtend und braucht hier im einzelnen nicht näher ausgeführt zu werden. Nur auf eine Tatsache wäre noch besonders hinzuweisen, nämlich auf die schon erwähnte, daß ohne eine Änderung der ganzen Welt- und Lebensauffassung Kranke, und namentlich nervöse Kranke, häufig nicht dauernd zu heilen sind. Ohne sie von innen heraus gesund zu machen, sie an der Wurzel ihres Wesens zu fassen, ist häufig nichts Gründliches zu erreichen. Da viele dieser Patienten egozentrisch sind, d. h. von der Überzeugung durchdrungen, daß im Grunde die ganze Welt um ihretwillen da sei, so sehen wir uns gezwungen, sie aus dieser Einstellung herauszureißen. Soweit die letztere aus unbewußten Gründen stammt, ist es Sache der Analyse, das klar zu machen. Daneben aber müssen wir ihnen die Möglichkeit verschaffen, ihre Persönlichkeit in einen weiteren Zusammenhang einzuordnen, müssen ihnen dementsprechend Leitgedanken zu bieten versuchen, die sie gegen sich selbst und ihre kleinen und großen Unannehmlichkeiten rücksichtsloser werden lassen und ihnen das Bewußtsein geben, daß ihr kleines Ich nur Sinn als Teil eines unendlich viel Größeren hat. Dafür ist es zweckmäßig, dem Patienten gewisse Bücher in die Hand zu geben, die ihn in diesem Sinne beeinflussen können. Als solche nenne ich die von Forel, Dubois, Oppenheim, auch die von v. Hattingberg herausgegebene Sammlung „Der nervöse Mensch". Aber selbstverständlich gehört auch sonst aus der Literatur alles hierher, was in demselben Sinne wirken kann, also vor allem Lebensbeschreibungen bedeutender Menschen (Bismarck, Werner von Siemens, Goethe usw.). Da häufig falsche Schuldgedanken eine Rolle im Leben solcher Kranken spielen, so wird man gut tun, sie auf Schriften, die die notwendige Bestimmtheit unseres Lebens deutlich machen, hinzuweisen. Von solchen nenne ich vor allem die Schriften von Christof Schrempf, der in einer besonders eindringlichen klaren und lebenswahren Weise die Bedeutung des Schuldbewußtseins und seine Verursachung mitsamt den weitgreifenden religiösen und

philosophischen Folgerungen vor Augen führt. Kaum eine andere Frage faßt ja einen vom Schicksal und eigenen Affekten hin- und hergeworfenen Menschen so sehr ans Herz wie diese, und deswegen ist es wichtig, gerade auch für deprimierte Kranke, dieses falsche, grübelnde Schuldbewußtsein in seiner Nichtigkeit aufzudecken und es andererseits doch in seiner Bedeutung für sein Leben und seine Entwicklung ihm klar zu machen. Auch ist es, wie Marcinowski mit Recht sagt, gerade für solche Menschen wichtig, ihnen den Mut zu sich selbst wiederzugeben und auch den Mut zum eigenen Glück. In unserer Zeit, wo die Arbeitsfähigkeit des einzelnen allein Wert zu haben scheint, darf man ruhig auch darauf hinweisen, daß seine Genußfähigkeit, d. h. die Möglichkeit, aus seinem Leben die denkbar größte Summe reinen Glücks zu ziehen, ohne anderen dabei Schaden zuzufügen, auch eine Berechtigung hat. Das Verhältnis von Pflichtgefühl und Glücksstreben hat sich ja nicht bloß für Kranke, sondern auch für Gesunde häufig in einem unerfreulichen Sinne verschoben. Bald frißt die Sucht nach Glück, bald die Sucht nach Tätigkeit den Menschen auf. Beides ist selbstverständlich gleich falsch, und eine harmonische Ausgestaltung des Verhältnisses dieser Strebungen zueinander erscheint daher gerade für den Kranken von besonderer Bedeutung. Aus diesem Grunde sind allgemeine philosophische und religiöse Schriften häufig ein weiteres Mittel zur Herbeiführung seiner Genesung. Eine gewisse stoische Philosophie bzw. eine ausgesprochene religiöse Grundeinstellung können ihm die wertvollsten Dienste leisten. Von entsprechendem Lesestoff sei einiges wenige genannt: die Schriften der alten stoischen Philosophen Marc Aurel, Epictet, die Schriften von Marden, Emmerson, Trine u. a. m.

In dieses Gebiet gehört auch die Frage der sogenannten Willensfreiheit. Sie ist ja gerade für den von Gedanken aller Art gequälten und unbewußt und bewußt mehr oder minder an Schuldvorstellungen leidenden kranken Menschen von besonderer Wichtigkeit. Ihren philosophischen und ethischen Konsequenzen hier weiter nachzugehen, kann nicht unsere Aufgabe sein; vielmehr kann die für uns richtige Fragestellung nur lauten: Gibt es für den kranken Menschen eine Freiheit des Willens, d. h. eine Fähigkeit, in seinen Handlungen durch normale Motive sich bestimmen zu lassen? In dieser Fassung muß die Frage für den kranken Menschen selbstverständlich verneint werden. Das Ziel der Behandlung muß vielmehr darin bestehen, ihm die Verfügbarkeit über sein Wollen wieder zu verschaffen, ihm zu zeigen, daß ein Umlernen, eine Umgewöhnung etwas auch für ihn Mögliches ist und daß, wenn er einmal in diesem Sinne sich innerlich umgebaut hat, nunmehr sein weiteres Handeln nach unabänderlichen Gesetzen in der von ihm gewünschten Richtung verlaufen muß. Jede Erziehung beruht ja geradezu auf der Voraussetzung, daß unser Seelenleben nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten verläuft, und es ist also die Aufgabe einer Selbsterziehung,

diese Gesetzmäßigkeiten bewußt so zu verwerten, daß der Handelnde in der einmal eingeschlagenen Richtung verharren muß, auch wenn krankhafte Gegentriebe sich seiner bemächtigen wollen.

Die Indikationen einer Aufklärungs- und Belehrungsbehandlung sind durch ihr Wesen als eine vorwiegend an den Verstand sich wendende Methode gegeben (Voraussetzung ist, wie gesagt, eine gewisse Intelligenz, obwohl, wie ebenfalls früher ausgeführt, auch bei sehr einfachen Menschen durch eine entsprechende Einfühlung seitens des Arztes mit der Aufklärung mancherlei erreicht werden kann). Sie ist vor allem bei solchen Menschen angezeigt, die bei jeder anderen Behandlung von der heimlichen Angst verfolgt werden, in irgend einer Weise, sei es auf mystischem oder sonstigem Wege, eine Überwältigung ihres viel gepriesenen „eigenen Willens" erleben zu müssen. Es handelt sich dabei vor allem um Männer und eine gewisse Art männlich eingestellter Frauen, die nichts mehr scheuen, als sich unterwerfen zu müssen. Bei ihnen ist auch oft eine abergläubische Scheu vor der Hypnose vorhanden. Ferner kommen in Betracht Menschen mit stark rationalistischen Tendenzen, die sich etwas darauf zugute tun, sich nur durch „Verstandesrücksichten" leiten zu lassen, und die deswegen mißtrauisch sind gegen jede Art „mystischer" Einwirkungen. Zu dieser Gattung gehören viele Neurastheniker aus den gebildeten Ständen. Weiterhin sind für die rationelle Psychotherapie natürlich alle diejenigen Erkrankungen geeignet, bei denen ein wesentlich organischer Faktor mit nervösen, seelischen Symptomen sich verknüpft. Solchen Kranken kann man nur auf diesem Wege ein Verständnis dafür beibringen, was sie noch aus den Resten ihrer körperlichen Kraft herauszuholen imstande sind. Ganz allgemein wird sich sagen lassen, ist die rationale Psychotherapie für eine sehr große Zahl einfacher nervöser Zustände und leichterer Neurosen angezeigt. Dagegen kann sie selbstverständlich überall da nichts Dauerndes erreichen, wo starke unbewußte Widerstände vorhanden sind, wo überhaupt unbewußte oder rein affektive Momente eine wesentliche Bedeutung haben.

Willenstherapie (einschließlich Arbeits- und Beschäftigungstherapie).

Für unsere Zwecke ist die Frage, was der Wille metaphysisch oder allgemein philosophisch ist, unwesentlich. Es kommt vielmehr für uns nur darauf an, eine für praktische Bedürfnisse ausreichende Definition zu haben, und von diesem Standpunkte aus kann man sagen: Es ist unfruchtbar, den Willen als ein abstraktes „Vermögen" zu betrachten, das man nach Belieben verwenden oder auch nicht verwenden kann, vielmehr gibt es praktisch nur eine Reihe von Willensakten, von „Wollungen", die das Endresultat eines unendlich komplizierten Zusammenspiels verschiedenster Elemente sind. In jedem Willensvorgang äußert sich also die Gesamtpersönlichkeit, sie drückt ihr Wesen auch der geringfügigsten

Willenshandlung auf. Daher ist Willensbeeinflussung und Willenserziehung gleichbedeutend mit Beeinflussung und Erziehung der gesamten Persönlichkeit. Und nur wenn sie so geübt wird, wird sie wirklichen Wert haben. Die Tatsache, daß es heute so viele Methoden zur Willensbildung gibt, und trotzdem verhältnismäßig so wenig damit erreicht wird, hat sicher in dieser isolierten Betrachtung des Willens ihren Hauptgrund. Man setzt, wie Förster mit Recht sagt, bei allen diesen Übungen Kräfte voraus, die erst geschaffen werden müssen, erwartet eine Energie, die noch gar nicht da ist und die erst bei einer tiefer dringenden seelischen Behandlung erreicht werden kann. Deshalb ist auch für jede intensivere Willenstherapie eine entsprechende Psychoanalyse unerläßliche Voraussetzung, wenn auch nicht geleugnet werden soll, daß sich durch systematische Willensübungen Umstellungen auch in tieferen Schichten des Bewußtseins erreichen lassen. Wir dürfen aber nie vergessen, daß neben dem bewußten Wollen eine Art unbewußten Wollens einhergeht, das häufig unendlich viel zielstrebiger, ausdauernder und deshalb sicherer in seinen Wirkungen ist, als das bewußte. Darüber ist im Abschnitt über Analyse mehr gesagt. Ein Irrtum ist bei der Willensbehandlung von vornherein auszuschalten, nämlich der, daß ein starker Wille darin bestehe, krampfhaft und möglichst direkt aufs Ziel loszugehen. Worauf es gerade für den Kranken ankommt, ist vielmehr eine gleichbleibende, ruhige, zähe, nicht krampfhafte Arbeit an der Erreichung bestimmter Ziele. Es erscheint deswegen häufig weit richtiger, speziell den nervösen Menschen vor einer allzu heftigen Anspannung seines Willens zu schützen, als ihn dazu anzuspornen. Man muß sozusagen die Quantität der Willensenergie in Qualität umwandeln.

Bei der praktischen Behandlung müssen wir innere und äußere Willenstätigkeit unterscheiden. Zu der inneren gehören alle diejenigen Vorgänge, die die Motivierung unseres Handelns betreffen.

Die äußere Willenstätigkeit ist das Resultat der inneren, wirkt aber ihrerseits selbstverständlich wieder auf letztere zurück. Aus diesem Grunde wird z. B. bei Behandlung gewisser Ausfallserscheinungen organischer Art und bei der Behandlung der Tics mittels bestimmter Bewegungen zugleich auch die innere Willenstätigkeit, das Festhalten einer einmal eingeschlagenen Willensrichtung, deutlich mitgeübt. Wie stark man durch eine systematische Bewegungsübung in diesem Sinne auch gerade bei organischen Störungen noch einwirken kann, das zeigen ja u. a. die Fälle von Aphasie, die, wie Gutzmann, Pick, ich selbst und andere gezeigt haben, in einem sehr weitgehenden Maße durch eine systematische Übungstätigkeit gebessert werden können. Lehmann hat als sogenannte „Suggestionsgymnastik" eine methodische Gymnastik bei Lähmungszuständen beschrieben, durch die das an sich vielleicht noch leistungsfähige, aber augenblicklich zum Teil aus psychischen Gründen zu Willens-

impulsen unfähige Gewebe wieder dazu herangezogen werden kann. Auch die Ataxiebehandlung, ebenso die sogenannten Erschlaffungsübungen bei Schüttellähmung, gehören hierher.

Die Hemmungsübungen, wie sie zwecks Unterdrückung unwillkürlicher Zuckungen und Tics von Oppenheim, Meige, Feindel, Brissaud vorgeschrieben werden, gehen ebenfalls darauf aus, zunächst die Unterdrückung der Bewegung für eine kurze Zeitspanne zu erreichen, die Übungen vor dem Spiegel vorzunehmen um dem Kranken die Selbstkontrolle zu ermöglichen und darauf zu achten, daß immer zwischen die einzelnen Übungen entsprechende Pausen eingeschoben werden. Es empfiehlt sich, eine Abwechslung zwischen Hemmungsübungen der hauptsächlich betroffenen Muskulatur mit Übungen in langsamen methodischen, also völlig bewußten Bewegungen derselben, vorzunehmen. Die experimentellen Untersuchungen der letzten Jahre haben uns ja gezeigt, daß bei jeder Bewegung die Hemmung einer bestimmten Muskelgruppe genau dieselbe Bedeutung für das Zustandekommen der Bewegung hat wie der Bewegungsimpuls selbst. Deshalb sind überhaupt Turnbewegungen, die sehr exakt, langsam und mit bewußter Anspannung der Aufmerksamkeit auf jede einzelne Bewegungsphase vorgenommen werden, ganz besonders geeignet, die Willensfunktionen zu bilden. Die von Hirschlaff vorgeschlagenen Ruheübungen, die im übrigen den von amerikanischer Seite empfohlenen „Relaxationsübungen" entsprechen, müssen ebenfalls hierher gerechnet werden. Sie sind zu gleicher Zeit eine zweckmäßige Vorübung für andere psychische Einwirkungsmethoden z. B. für das Auftauchenlassen freier Einfälle und ebenso für das Autosuggestivverfahren.

Die innere Willenstätigkeit kann nur dadurch richtig angefaßt werden, daß, wie wir schon oben gesagt haben, die Gesamtpersönlichkeit beeinflußt und in eine bestimmte Richtung gedrängt wird. Man kann immer wieder beobachten, daß gerade diejenigen, die wir im besonderen Sinne als Willensmenschen betrachten, die Unwiderstehlichkeit ihres Wesens nicht etwa vorwiegend einer ungewöhnlichen Leistungsfähigkeit ihrer äußeren Willensfunktionen verdanken, sondern einer großen Idee, einem mitreißenden Glauben. Deshalb bleibt auch eine Willenstherapie, die sich in kleinen Mitteln erschöpft, häufig so wirkungslos, und wenn es irgend einen Beweis für die Bedeutung der Psychoanalyse gibt, so ist es wie gesagt, der, daß in unzähligen Fällen Willensbeeinflussungsmöglichkeiten erst dann gegeben sind, wenn die Gesamtpersönlichkeit so weit von inneren Hemmungen befreit ist, daß sie unmittelbarer ihre inneren Fähigkeiten nach außen projizieren kann. „Der Mensch muß zuerst wissen, wer er ist" sagt Foerster, „dann erst begreift und erfaßt er, was er soll. Aus der Art des Seins folgt das entsprechende Soll", nach den Worten Pindars: „Werde der du bist!" Gerade auch für den nervösen Menschen muß man daran denken, daß seine Kraft, ausdauernd in einer bestimmten

Willensrichtung durchzuhalten, durch innere Hemmungen fortwährend gestört wird. Deshalb wird jede nur äußerliche Willensbildung zwar zeitweise Erfolge haben, aber der Dauererfolg bleibt entweder ganz aus, oder aber die Willenstätigkeit bekommt etwas krampfhaft Einseitiges und die ganze Energie des Menschen verzehrt sich in einer mehr oder minder formalen Willensbetätigung. Das beste Beispiel dieser Art sind die kleinlichen Pedanten oder auch die Zwangsvorstellungskranken: bei beiden wird eine ungeheure Willensenergie verausgabt, aber in einer Richtung, die weder dem Handelnden selbst, noch seiner Umgebung wirklichen Nutzen bringt. Gerade für kompliziertere Naturen, und zu diesen gehören die Nervösen meist, kann deswegen die Kraft zum Durchhalten nur aus einer Gesamtauffassung und Erkenntnis der eigenen Persönlichkeit fließen, die groß genug ist, um immer wieder allen Hemmungen gegenüber sich durchzusetzen. In der Kleinarbeit des täglichen Lebens erst kann der Mensch beweisen, ob er wirklich große Gesichtspunkte hat, von denen er sein Leben leiten läßt oder nicht. „Daß ein höchster Wert da ist, für den ich lebe, auf den ich alles beziehe, dem ich alles opfere, das allein verleiht meinem Wollen eine Stetigkeit, die durch nichts gehemmt und zersplittert wird."

Diese Gesichtspunkte läßt das Buch von Levy „Natürliche Willensbildung" und auch das bekannte Buch von Payot nicht genügend stark hervortreten. Und doch braucht man, um ihre Berechtigung einzusehen, nur an gewisse Tatsachen zu erinnern, z. B. daran, daß Nervöse gerade in Zeiten, wo sie durch äußere Erlebnisse gezwungen sind, sich in höhere Zusammenhänge einzufügen, z. B. in Kriegszeiten oder bei sonstigen Massenbewegungen, plötzlich zu den größten Leistungen und Selbstüberwindungen fähig werden, während sie in gewöhnlichen Zeiten selbst zur kleinsten Entsagung nicht zu bringen waren. Das den Willen kräftigende Element des Kriegsgeistes und jeder anderen Massenerscheinung liegt darin begründet. Und die merkwürdige Tatsache, daß auch tiefere Naturen, trotzdem sie die andererseits charakterzerstörenden Wirkungen solcher Massenerscheinungen einsehen, doch sich vom Augenblick mitreißen lassen, ist sicher auf die Einsicht zurückzuführen: nur durch ganz außerhalb der gewöhnlichen persönlichen Interessen liegende Faktoren kann wirkliche innere Disziplin geschaffen und können Lebenshemmungen beseitigt werden.

Wenn wir dann auf der anderen Seite sehen, daß dieselben Menschen, die durch Kriegs- und andere Massenerlebnisse für eine Zeitlang über ihre kleinen Zwecke vollkommen herausgehoben worden sind, nach Aufhören des Masseneinflusses rasch wieder in ihre alten Lebensgewohnheiten zurücksinken, so müssen wir uns fragen, ob das nur an den Menschen oder an der Art der Massenerscheinung gelegen ist. Die letzteren reißen den Menschen dadurch über sich selbst hinaus, daß sie ihn in eine

Massenseele hineinstellen, deren Bewegungen er mitmachen muß, weil sie der Ausdruck eigener, rein instinktiver Regungen sind. Es ist also das rein triebhaft Instinktive in seiner elementarsten Form, das in diesem Fall zum Willensmenschen mit Wirkungen nach außen werden läßt. Und es erhebt sich die Frage: gibt es nicht Möglichkeiten, um dieses primitiv Instinktive in einer Richtung sich betätigen zu lassen, die Dauerhaftigkeit und Kraft in sich vereinigt? Die aus der Massenseele herauswachsenden Kräfte haben nämlich häufig gerade deshalb diese Eigenschaften nicht, weil sie in einem vom bewußten Denken nicht beherrschten Zusammenhang mit allem übrigen Triebhaften stehen und deshalb ihre Impulse bald von dieser, bald von jener Seite des Triebleben her bekommen. Das zeigt sich ja im Kriege am allerdeutlichsten. Man denke an jene zahlreichen Fälle, wo mit der allergrößten äußeren und inneren Disziplin rein militärischer Art die wildesten sadistischen Regungen sich verbinden. So erlebt man es häufig, daß Menschen, die in dieser Art von Ausleben ihrer Triebhaftigkeit stecken und deswegen glauben, besonders viel Energie zu entfalten, in Wirklichkeit nur von dem unmittelbaren Affekt rein instinktiver Selbstbehauptung getragen werden und damit dämonischen Gewalten ausgeliefert sind, die sie unter Umständen zu ganz andern Handlungen treiben als ihrer bewußten Vernunft entsprechen würde. Als eine Reaktion auf diese Tendenz zum Sichausleben ist jene, ihrerseits wieder zu weitgehende, an der indischen Philosophie orientierte Abwendung von aller, auf aktive Willensbetätigung gerichteten Tendenzen entstanden, die in den letzten Jahren immer mehr hervorgetreten ist.

Kraft, Dauerhaftigkeit und Sicherheit des Wollens haben zwar ihre Wurzel in dem Triebhaften des Menschen, können ohne dieses nicht existieren, entfalten sich aber nur unter der Voraussetzung, daß das Triebhafte bewußt in den Dienst der Ideen gestellt wird, die ihm Richtung und Ziel geben. Solche Ideen müssen der Natur der Sache nach mit den triebhaften Regungen unseres Inneren verwandt sein, d. h. ebenfalls Affektwert haben und so dem Umwandlungsprozeß vom rein Triebhaften ins Ideelle keine Schwierigkeiten bereiten. Diese Bedingungen werden nun durch alle Ideen erfüllt, die einerseits weitreichend genug sind, um unser Selbst im Allgemeinen aufgehen zu lassen und andererseits doch primitiv genug, um unserum Ich eine dauernde Befriedigung zu gewähren. In diesem Sinne wirken religiöse und Weltanschauungsideen. Sie mit der Erziehung des Willens und des Wollens im einzelnen zu verbinden, das ist die Aufgabe einer wirklich großzügigen Willenstherapie.

In diesem Zusammenhang wäre auch die Bedeutung der Erziehung zum Gehorsam dem Kranken gegenüber zu betonen im Gegensatz zu der Auffassung, der gerade der sensible Mensch besonders leicht huldigt,

daß nämlich Eigenwille und Kraft dasselbe seien. Er verwechselt, in der Abhängigkeit von primitiven Trieben stehend, bewußte, zielstrebige Energie mit der groben Stoßkraft von Urtrieben. Zu dieser Verwechslung hat, worauf wir heute wohl besonders hinweisen dürfen, Nietzsche mit seiner Auffassung des Kraftbegriffes mancherlei beigetragen. Nietzsche selber hat zwar den Begriff der Kraft, die er vom „Übermenschen" fordert, wesentlich tiefer aufgefaßt, als die überwiegende Schar seiner Nachbeter. Aber es läßt sich doch nicht leugnen, daß er bis zu einem gewissen Grade durch seine Ausdrucksweise und namentlich durch den bestechenden Glanz seiner Darstellung dem Instinktiven im Menschen und gerade im Nervösen allzu weit entgegen kommt. Er war ein Neurotiker, der das, was er nicht besaß, besonders hoch einschätzen mußte und das deshalb auch in seiner Darstellung zum Ausdruck brachte. So sehr wir also auf der einen Seite gegenüber dem häufig gar zu schwächlichen und nachgiebigen Menschenideal des hochgradig sensiblen Menschen die Betonung der von dem Urtrieb her gespeisten Kraft, die Nietzsche verehrte, zustimmen zu müssen, so sehr müssen wir auf der anderen Seite einsehen lernen, daß hinter dem einfachen Sichdurchsetzenwollen, hinter dem Nachgeben gegenüber Triebhaftem häufig genug mehr Schwäche als Kraft steckt, und daß umgekehrt hinter der scheinbaren Ohnmacht und Hilflosigkeit, die aus ethischen Gründen heraus anderen gegenüber sich nicht durchsetzen kann, wirkliche Kraft stecken kann. Eine Verbindung des Kulturideals, wie es Nietzsche vorschwebte, mit demjenigen, wie es das Christentum und überhaupt eine geläuterte philosophisch-religiöse Auffassung fordert, wird also die richtige Lösung sein: das Starke im Triebhaften muß herausgehoben und benutzt, aber andererseits das Wilde, Unbeherrschte durch Gegenkräfte sittlicher Art gebunden werden.

Nach alledem ist die Erziehung zum Gehorsam, die schon das Kind dunkel als eine Notwendigkeit, ja manchmal geradezu als eine Wohltat empfindet, auch beim Erwachsenen, namentlich beim kranken Menschen, etwas unbedingt zu Forderndes. Daß der Mensch in der Tat, wenn er allzu stark unter dem Druck seiner Urtriebe steht, deren Überwindung durch eine stramme Disziplin als eine Wohltat empfinden kann, das konnte man im Kriege und kann es noch heute immer wieder bei Kranken beobachten, die nach Überwindung eines starken inneren Widerstandes Herr über diese elementaren Kräfte geworden sind. Die plötzliche Veränderung des Gesichtsausdruckes, eine plötzlich auftauchende Erregung von ursprünglicher Dankbarkeit, die sich bei einer disziplinierenden Behandlung manchmal in erschütternder Weise äußert, geben davon hinreichendes Zeugnis.

Übungen der Willenstätigkeit.

Foerster hat die meiner Ansicht nach glückliche Unterscheidung zwischen Übung in der Tatenenergie und Übung in der Hemmungsenergie gemacht. Der Unterschied der beiden Methoden läßt sich nicht besser beschreiben als mit den Worten, die er selbst gebraucht hat: „Die erstere Methode geht darauf aus, die entschlossene Anwendung vorhandener Gaben und Kräfte auf das Leben, die schlagfertige Umsetzung des Wissens in die Tat zu fördern; sie soll ferner zu zielbewußter, unbeirrter Durchführung bestimmter Vorsätze gegenüber allen Widerständen von innen und von außen anleiten. Die Übung in der Hemmungsenergie soll die Widerstandskraft gegen Reize stärken, sie geht auf die Beharrlichkeit des ‚Nein', während die andere es mit dem unerschütterlichen ‚Ja' zu tun hat. Beide Übungen betreffen ganz verschiedene Willensfunktionen, daher braucht jede der beiden Funktionen ihre gesonderte Übung. Es gibt sehr energische Männer von großer Stoßkraft des Vorsatzes, denen jedoch die Selbstbeherrschung mangelt, die daher überall Konflikte heraufbeschwören, alles gegen sich aufbringen und nicht selten Bankerott in ihrer Berufsleistung machen, weil ihr Mangel an Hemmungskraft ihnen jede Anpassung des eigenen Benehmens an die Gesetze sozialen Zusammenwirkens unmöglich macht. Daher ist die asketische Übung, die Kunst der Zurückhaltung, der Kontrolle über ungeläuterte und nicht durchdachte Impulse, auch für die Tatenenergie unentbehrlich. Nur eine hochentwickelte Hemmungsfunktion macht eine planvolle und erfolgreiche Bewegungsfunktion möglich. Auch aus einem anderen Grunde: wer etwas Bestimmtes will, der muß vieles andere ebenso entschieden nicht wollen. Großes Wollen verlangt großes Nichtwollen, große Fähigkeit der Entsagung, damit der Wille unzersplittert auf das Eine gehe. Viele Menschen, besonders inmitten der Großstadt, kommen nie zu fruchtbarer und gesammelter Tatenenergie, weil sie den tausend Anreizen und Ansprüchen der menschlichen Umgebung widerstandslos preisgegeben sind. Die Zersplitterung des Wollens durch ungeordnete Impulsivität ist auch die Tragik vieler reichbeseelter Menschen und kann nur durch Einübung in die Segnungen der ‚continentia' überwunden werden."

Übungen in der Tatenergie.

Um sie zu üben, dafür haben wir in den täglich an uns herantretenden einfachen Anforderungen des Lebens reichste Gelegenheit. Es ist eine seit alters mit Recht vorgeschlagene Verordnung für nervenkranke aber auch überhaupt für chronisch kranke Menschen, daß sie ihre Tagesleistung nach einem bestimmten Plan aufs peinlichste durchführen. Das erfordert eine große Summe von Willenshandlungen, wobei allen störenden Einflüssen zum Trotz ein gewisses Zielbewußtsein geübt und die skla-

vische Abhängigkeit von äußeren Umständen eingedämmt wird. Es nützt nichts, wenn wir einem Menschen nur zeigen, welche kindlichen Impulse ihn leiten, wie es die reine Psychoanalyse tut, er muß auch lernen, sich gerade in Kleinigkeiten zu beherrschen. Pünktlichkeit, genaue Einhaltung bestimmter Termine, systematische Gewöhnung an das Ertragen äußerer Unannehmlichkeiten wie Lärm und sonstige unangenehme Umgebung oder die Überwindung innerer Hemmungen gehören hierher. Das, was viele populäre Systeme als Konzentrationsübungen bezeichnen und wofür sie eine Reihe komplizierter Anweisungen geben, die doch meist nicht durchgeführt werden, läßt sich viel einfacher dadurch erreichen, daß man den Menschen dazu anhält, in den kleinen Aufgaben des täglichen Lebens mit eiserner Konsequenz vorzugehen. Klare und praktische Anweisungen dafür enthält das auch sonst empfehlenswerte Buch „Glück" von Hilthy und ebenso das von Miles „Über die Macht der Konzentration", ferner von Payot und die Bücher von Marden, Trine u. a.

Die Erziehung zu einer geregelten, auch im kleinsten treuen Arbeit gehört in dies Gebiet. „Nur die Arbeit bildet die Seele", sagt Foerster, „die ein Sieg des unbeugsamen Willens in der Lebenshemmung und Körperhemmung ist, ein Triumph der Stetigkeit über die Launenhaftigkeit des natürlichen Menschen." Und es ist auch durchaus richtig, wenn er weiter hervorhebt, daß die charakterbildende Wirkung der Arbeit nicht durch bloße Übung im gewissenhaften Vollbringen eintreten könne. Wir bedürfen dazu vielmehr einer höheren Lebensanschauung, die den Blick des Menschen weit über die äußeren Zwecke der Belohnung der Arbeit hinaus auf deren inwendigen Wert leitet, der darauf beruht, daß durch sie und in ihr unser Streben nach dem ganz Vollkommenen sich betätigt. Es ist nicht Kleinlichkeit, wenn man von sich und anderen Treue in der Arbeit auch im Kleinsten fordert, sondern diese Forderung baut sich auf der Erfahrung auf, daß das Triebhafte in uns Ungebundenheit unter der heuchlerischen Maske der Großzügigkeit haben will, deren Resultat dann oft genug Zerfahrenheit, Unstätigkeit nach außen, Unsicherheit, Unfähigkeit zu zielstrebigem Handeln nach innen bedeutet. Der Unterschied zwischen der gerade bei Nervösen so häufigen Pedanterie und Kleinlichkeitskrämerei und dieser Art von Pflichterfüllung im Kleinsten beruht darauf, daß erstere das Kleine um des Kleinen willen, die letzteren aber das Kleine um des Großen willen und im Hinblick auf große Zusammenhänge tut. Es gibt bekanntlich viele nervöse Menschen, die in der Phantasie das Größte wollen, in allen möglichen bewunderungswerten Handlungen, die sie zu tun gedenken, schwelgen, die aber nie dazu kommen, auch nur das Geringste wirklich gründlich und gewissenhaft zu vollbringen. Ihnen muß man zeigen, daß die kleinste Tat, im täglichen Leben wirklich vollbracht, unendlich viel wertvoller ist, als alle ihre Phantastereien. Wie oft kann man es erleben, daß z. B. die Kleinarbeiterfrau, die meist viel

zu niedrig eingeschätzt wird, weit größere und dauerndere Erfolge erzielt als das Geschwätz weltbeglückender politischer und sozialer Theoretiker, deren sich gerade unter den nervösen Menschen so viele finden.

Von diesem Gesichtspunkt aus wird besonders auch die systematische, geistiger Kontrolle unterstehende körperliche Arbeitsleistung von größter Bedeutung. Alle bloße Muskelleistung hat nur geringen Wert. Jede wirkliche Beherrschung der Muskulatur dagegen, wie sie systematischer Sport, rhythmische Gymnastik, konsequent durchgeführte Atemübungen und ähnliches mit sich bringen, hat auf die Willensbildung dadurch Einfluß, daß sie Ordnung und Disziplin von außen nach innen wirken läßt. Deshalb pflege ich auch solchen Kranken, die über eine innere Zerfahrenheit und Unsicherheit klagen, dergleichen Übungen zu empfehlen.

Bei der eigentlichen Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapie ist eine Hauptvoraussetzung (worauf Grohmann u. a. hingewiesen haben) die, daß dabei das Gefühl des Zwangs ausgeschlossen ist, daß sie einen Zweck hat und daß außerdem die allgemeinen, oben genannten Voraussetzungen dabei zutreffen. Je mehr es gelingt, eine Tätigkeit ausfindig zu machen, die dem Kranken die Überzeugung verschafft, daß er damit wirklich nützliche Arbeit für das Gemeinwohl, nicht nur für sich selbst, schafft, um so besser werden auch die Wirkungen sein. Die in den üblichen Verordnungen für nervöse Kranke vorgeschlagenen Arten von Tätigkeit wie Holzhacken, Sägen, leichte gärtnerische Beschäftigung und ähnliches haben häufig zu sehr den Charakter der Spielerei und sind deswegen ohne wesentlichen Wert. Dagegen wirkt jede Zweckarbeit im Sinne einer Einschränkung krankhafter überwertiger Ideen, einer Steigerung der sozialen Gesinnung im Gegensatz zu der egozentrischen Einstellung des kranken Menschen. Dabei darf man allerdings nicht in einen Fehler verfallen, der wiederum gerade seitens unbewußter Tendenzen so gern im Sinne einer Untergrabung der Wirkung körperlicher und seelischer Leistungen benutzt wird, nämlich daß man dem Kranken zu große Leistungen auf einmal zumutet bzw. duldet, daß er sie von sich selbst verlangt. Häufig hat das nämlich nur den einen, meist unbewußten Zweck, daß bei dem dann selbstverständlich eintretenden Ermüdungsgefühl bzw. sonstigen körperlichen Störungen, wie Schmerzen, Zittern, Lähmungsgefühl, in dem Kranken die Überzeugung auftaucht, er sei der Arbeit überhaupt nicht gewachsen, was dann zur Lahmlegung seiner Energie überhaupt benutzt wird. Man fordere also allmählich zunehmende, die Gewöhnung und Übung fördernde Leistung und verbiete ausdrücklich alles Übertreiben. Indem der Kranke so das Gefühl immer mehr zunehmender Leistungsfähigkeit bekommt, nimmt natürlich das Selbstvertrauen zu, die Unentschlossenheit schwindet und die Fähigkeit zur Umsetzung von Gedanken in Handlungen wächst. Gegenüber dem bloßen Sport und auch

reiner Übungsgymnastik, bei denen der Zweckcharakter der Arbeit nicht so sehr hervortritt, falls sie nicht bewußt im Sinne des Ehrgeizes verwendet wird, hat also die Übernahme wirklicher Arbeitspflichten einen wesentlich höheren moralischen Wert. Die Arbeiten, die für unseren Zweck vor allem in Frage stehen, sind von verschiedenen Seiten, namentlich von dem Züricher Ingenieur Grohmann, auf Grund langjähriger Beobachtungen genauer in ihrer Wirkung untersucht worden. Je nach Art des Kranken und der Form der Erkrankung wird es sich um verschiedene Arten von Arbeit handeln müssen. Vor allem ist die Landwirtschaft mit ihren verschiedenen Zweigen als zweckmäßig zu bezeichnen. Für viele jugendliche Neuropathen und Psychopathen mit geringen geistigen Defekten, manchmal auch für Trinker, bewährt sich gut eine ernsthafte Gartenarbeit. Aber selbstverständlich kann jede andere Form von beruflicher Tätigkeit mit demselben Erfolg herangezogen werden, wenn die psychischen Bedingungen entsprechend günstig gestaltet werden.

Für Frauen kommt natürlich die Beschäftigung im Haushalt in Betracht. Wir haben schon oben darauf hingewiesen, wie falsch ihre Unterschätzung im allgemeinen ist. Und gerade für Damen aus sogenannten besseren Kreisen ist die Überschätzung der geistigen Beschäftigung auf alle Weise zu bekämpfen und ihr die Tatsache entgegen zu halten, welche Summe wirklicher Voraussicht und geistiger Gewandtheit dazu gehört, einen Haushalt unter Berücksichtigung der modernen Errungenschaften technischer und sonstiger Art zu leiten. Für einfachere Leute kämen natürlich Beschäftigungen primitiverer Art, wie Bügeln, Nähen, Flicken, Stricken in Betracht.

Die Handwerksbetriebe, wie Schreinerei, Tischlerei, Schusterei, bei denen der Patient mehr als bei Feld- und Gartenarbeit die Korrektheit seiner Leistung selber kontrollieren kann, sind sicher häufig recht zweckmäßig, lassen sich aber ihrer Eigenart entsprechend nur in Anstalts- bzw. Sanatorienbetrieben durchführen. Von anderen Beschäftigungen, die allerdings zum Teil in das Gebiet bloßer Übung, nicht eigentlicher Arbeit gehören, also nach dem obigen nicht das Ideal einer Arbeitstherapie darstellen, seien genannt: Botanisieren, Mikroskopieren, Zeichnen, Malen, Musizieren, schriftliche Arbeiten, sei es Abschreiben oder selbständiges Produzieren. Bei Geistesarbeitern, die selbständige Tätigkeit nicht mehr aufbringen, habe ich wiederholt dadurch eine allmähliche Übung erreicht, daß ich sie zur Niederschrift kleinerer Aufsätze, zunächst im Anschluß an bestimmte Schriftsteller, veranlaßte, in denen entweder einfach Gegenständliches beschrieben wurde oder bestimmte theoretische Aufgaben zu lösen waren. Ganz zweckmäßig kann es auch sein, den Patienten eine ausführliche Selbstanalyse niederschreiben zu lassen, was dann gleichzeitig Anhaltspunkte für die wirkliche Psychoanalyse geben kann. Oder man läßt sie ihre Gedanken über Welt- und Lebensprobleme mitteilen,

sucht durch das dafür bekundete Interesse den Faktor des Ehrgeizes mit einzuschalten und kann bei dieser Gelegenheit auch auf die ganze Weltauffassung des Patienten einen gewissen Einfluß bekommen. Oppenheim hat uns in einem guten Buch gezeigt, wie man auch durch einen Briefwechsel mit dem Patienten Arbeits- und Ablenkungstherapie treiben kann. Manchmal kommt man auch sogar analytisch auf brieflichem Wege in gewissen Phasen der Behandlung weiter als auf mündlichem. Übersetzungen aus fremden Sprachen und Erlernung fremder Sprachen sind oft recht zweckmäßig. Rosenbach hat eine Beschäftigung mit rechnerischen Aufgaben für willensschwache Kranke vorteilhaft gefunden.

Das Verhalten der Patienten bei und während der Arbeit bietet häufig Gelegenheit, ihnen an einwandfreien Beispielen allerlei zu zeigen, so die Unlust zur Tätigkeit, überhaupt zu einem energischen zielstrebigen Wollen und die Benutzung kleiner, durch die Arbeit hervorgebrachter körperlicher Beschwerden (Muskelschmerzen, kalte Hände, anfängliche unruhige Nächte, Überempfindlichkeit gegen Geräusche, Gerüche und andere störende Faktoren in der Umgebung) zum Zweck einer falschen Reizverarbeitung im Sinne des Krankbleibenwollens. Dementsprechend kann durch Anleiten im Ertragen solcher Unlustgefühle eine wesentliche Abhärtung und zugleich Kräftigung des Wollens erreicht werden.

Zur Beschäftigungstherapie gehören übrigens nicht nur alle erwähnten systematischen Körperübungen, sondern auch gewisse, bald dem Vergnügen, bald ernster Arbeit dienende andere Tätigkeiten wie z. B. das Automobilfahren. Es kann bei entschlußunfähigen Neurasthenikern und Patienten, die eine gewisse Neigung zur Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten haben, manchmal dadurch recht gute Dienste leisten, daß es sie zu gespannter Konzentration der Aufmerksamkeit und rasch einsetzenden Entschlüssen zwingt und auf diese Weise allmählich auch die Überzeugung von ihrer Leistungsfähigkeit in diesen Dingen steigert.

Besonders wichtig ist natürlich die Lektüre, die man dem Kranken in die Hand gibt. Es ist zweifellos, daß ein großer Teil unserer Kranken durch eine für sie ungeeignete Lektüre in der ungünstigsten Weise beeinflußt werden kann. Der moderne Roman spielt darin oft eine geradezu verheerende Rolle, weil er in besonderem Maße die Möglichkeit assoziativer Anregungen von primitiv Triebhaftem ausgebildet hat und oft nur darauf eingestellt ist, in diesem Sinne Sensationen zu erregen. Ebenso ist besonders für Jugendliche der Kriminal- und Detektivroman eine Quelle von schwersten Schädigungen, nicht weniger die jetzt so beliebten illustrierten Zeitschriften mit ihrem größtenteils überflüssigen und nur die Sexualität aufpeitschenden Inhalt. Demgegenüber weise man darauf hin, daß speziell für nervöse Menschen, aber auch für andere Patienten, bei denen man bestimmte Anregungen der darniederliegenden Funktionen erstreben will, der Lesestoff der geeignetste ist, der ihm an Hand

anschaulicher Beispiele die Wirkung starken Wollens in starken Persönlichkeiten vor Augen führt, also vor allem Lebensbeschreibungen bedeutender Menschen, Darstellungen von Entdeckungen und Erfindungen, Bücher, die Anleitung zur Selbstbemeisterung geben und ebenso von der Romanliteratur das, was auf Selbsterkenntnis und Selbstbeherrschung im höheren Sinne des Wortes hinweisen kann. Was dafür im einzelnen in Betracht kommt, läßt sich natürlich nur individuell entscheiden. Für besonders geeignet halte ich alles das, was auf die Beobachtung der Natur, überhaupt auf die Beobachtung objektiver Dinge hinführt, damit eine gewisse Ablenkung von der allzu intensiven Beschäftigung mit dem eigenen Selbst nach außen stattfindet. Populär-medizinischer Lesestoff ist grundsätzlich zu vermeiden mit Ausnahme derjenigen Schriften, die man selbst wirklich kennt und als ungefährlich ansehen kann. Bei der Auswahl der Literatur läßt man sich auch nach der Richtung hin von psychotherapeutischen Gesichtspunkten leiten, daß man zwar auf die religiöse, politische und soziale Stellung der Patienten eine gewisse Rücksicht nimmt, sie aber auch andererseits veranlaßt, die Gegner ihrer Auffassung zu Worte kommen zu lassen. Man gewöhnt sie auch in dieser Hinsicht daran, mit gegebenen Tatsachen, zu denen auch die Tatsache der Andersartigkeit anderer Menschen gehört, zu rechnen. Natürlich ergibt sich gerade bei Besprechungen der Lektüre sehr häufig reichliche Gelegenheit, dem Kranken seine speziellen Eigentümlichkeiten, Neigungen, Komplexe an anschaulichen Beispielen zu demonstrieren und ihn außerdem zu systematischer Tätigkeit und fester Einstellung der Aufmerksamkeit anzuleiten.

Die Berufsarbeit kommt natürlich dem Ideal einer richtigen Beschäftigungstherapie am nächsten, wenn sie eine einigermaßen dem Wesen des Menschen angepaßte Form der Beschäftigung bildet. Aber wie viele Menschen verkümmern gerade dadurch innerlich, werden unleidlich, reizbar und nervös, daß man sie in einen für ihr ganzes Wesen nicht passenden Beruf hineingezwängt hat! Es gehört deswegen zu den unerläßlichen Notwendigkeiten für jeden psychotherapeutisch tätigen Arzt, daß er, was sich in dieser Hinsicht tun läßt, leistet, um den Kranken eine sie befriedigende und sie ausfüllende Berufstätigkeit zu verschaffen. Häufig genug ist damit allein schon der ganze Behandlungserfolg entschieden. Umgekehrt kommt es oft genug vor, daß Kranke nur glauben, für ihren Beruf nicht geeignet zu sein. In solchen Fällen gilt es eben, ihnen eine andere Einstellung dazu zu geben und ihnen gleichzeitig zu zeigen, daß der Beruf in der Tat von ihnen ausgefüllt werden kann.

Ein besonders wichtiger Umstand ist auch noch der, daß sehr vielen Kranken die richtige Technik der Arbeit fehlt: bald wollen sie zuviel auf einmal und sind dann entsetzt über die anscheinend verminderte Leistungsfähigkeit, bald muten sie sich zu wenig zu und betrachten dabei

jede leiseste Mißempfindung als Signal dafür, daß sie zuviel getan hatten, bald fangen sie den Tag mit den schwierigsten Aufgaben an und ermüden so zu frühzeitig bzw. nehmen sich den inneren Auftrieb zu rasch weg, bald teilen sie sich die Arbeit falsch ein, insofern sie nicht die nötigen Ruhepausen oder andere Ablenkungsmöglichkeiten schaffen usw. Deswegen ist es in allen diesen Fällen, darauf sei nochmals hingewiesen, wenigstens im Anfang nötig, durch Entwerfung eines Stundenplanes mit genauer Zeit-, Arbeits- und Erholungseinteilung dafür zu sorgen, daß Ordnung und richtige Gewöhnung in den ganzen Arbeitsbetrieb hereinkommen. Sehr zweckmäßige Anweisung in dieser Hinsicht gibt Hilthy in seinem genannten Buch „Glück". Man kann aus demselben Grunde manchen Kranken auch Anleitungen zu systematischer Gedächtnis- und Geistesschulung, wie sie z. B. in den populären Büchern von Pöhlmann zu finden sind, in die Hand geben.

Übungen in der Hemmungsenergie.

Die Übung im Widerstand gegen Reize aller Art, „die Herrschaft über den Augenblick" ist schon von den stoischen Schulen und dann besonders auch von kirchlicher Seite in Form der Askese gelehrt worden. Wenn man die letztere als eine Technik und Gymnastik der Selbstbeherrschung auffaßt, hat sie in der Tat einen großen und guten Sinn und verdient die Anwürfe nicht, die ihr von so vielen Seiten zuteil geworden sind. Gerade heute und in den Kreisen vieler „Intellektueller", wo ein falscher Begriff von Freiheit sich immer mehr breit macht, ist es Zeit, wieder an Nietzsches Wort zu erinnern: „Frei nennst du dich? Deinen herrschenden Gedanken will ich wissen und nicht, daß du einem Joche entronnen bist." Wo sind denn die beherrschenden Gedanken, von denen die Verkünder des modernen Freiheitsprinzips sich leiten lassen? Keine Gedanken sind es, keine klaren Einsichten, sondern triebhafte Regungen, denen sich willenlos zu überlassen als Freiheit gepriesen wird. Demgegenüber ist eine Übung, das Erlaubte gelegentlich sich zu versagen, um dadurch die Kraft zu bekommen, dem Unerlaubten oder Unzweckmäßigen mit wirklichem Erfolge entgegenzutreten, etwas für das Leben im allgemeinen und für krankhafte Störungen im besonderen durchaus Notwendiges.

Die älteste und bekanntlich in allen Religionen in irgend einer Form sich findende Entsagungsübung ist ja das Fasten. Wenn wir bedenken, daß die ganze Entwicklung unserer Kultur darauf beruht, daß zwischen Bedürfnis und Bedürfnisbefriedigung immer größere Zwischenräume eingeschaltet werden, so wird man verstehen, von welcher Bedeutung diese Übung des Fastens auch in kultureller Beziehung war. Denn je mehr Stadien der Erringung und Verarbeitung z. B. irgend ein Nahrungsmittel

bedarf, bis es in unseren wirklichen Besitz kommt, um so größer wird seine Bedeutung und sein Wert für uns, und um so höher lernen wir auch die Wichtigkeit der seelischen Faktoren bei seiner Erringung schätzen. Es ist deshalb durchaus richtig, was viele Pädagogen betont haben, daß kaum etwas so sehr imstande ist, die Naivität des Begehrens zu hemmen und dem Menschen die Bedeutung geistiger Forderungen klar zu machen, als die Einschaltung von Hemmungen in die Ernährungsvorgänge. Wer Versuche in dieser Richtung an sich selbst gemacht hat, kann jederzeit erfahren, wie primitiv der Mensch gerade in dieser Hinsicht reagiert. Wie oft kann man es z. B. erleben, daß eine schlechte Stimmung auch des hochkultivierten Menschen beim Anblick irgend einer leckeren Speise sich plötzlich wandelt, oder umgekehrt, daß die vernünftigsten Menschen, wenn ihnen eine Nahrung in einem gegebenen Augenblick versagt wird, in der explosivsten Weise reagieren können. Deshalb ist es in der Tat eine, gerade für den häufig allzu hemmungslosen kranken Menschen zweckdienliche Forderung, daß er sich von Zeit zu Zeit bestimmte Dinge versagt, in Kleinigkeiten Entsagung übt, um allmählich auch Größerem gegenüber Selbstbeherrschung zu erringen. Eine große Zahl nervöser Symptome hat ja in der von früh auf im Kind durch eine falsche Erziehung eingeprägten Idee ihren Grund: was ich brauche, muß ich unbedingt haben. Gerade in den unteren Volksschichten kann man oft diese Überzeugung in einer unglaublich naiven Form ausgesprochen finden, und sie wirkt später selbstverständlich in der Weise weiter ein, daß eine Anpassung an das Gegebene dadurch mehr oder minder unmöglich gemacht wird. In diesem Sinne verlange man, sowohl was Menge wie Zeit der Nahrungsaufnahme (namentlich auch des Trinkens) betrifft, bestimmte, je nach den Verhältnissen festzusetzende gelegentliche Entsagungen, gewöhne den Kranken daran, in anderen, täglichen, als selbstverständlich geltenden Handlungen, z. B. Brief- und Zeitungslesen, Einschlagen eines bestimmten gewohnten Weges, Schnelligkeit des Gehens und Sprechens, sich gewisse Änderungen aufzuerlegen. Man ahnt nicht, welchen Einfluß es z. B. auf einen erregbaren und hastigen Menschen haben kann, wenn er sich daran gewöhnt, hastiges Gehen, Sprechen, Schreiben, Essen durch Übung in entsprechender Mäßigung zu unterdrücken. Auch ist mit Recht auf die Wichtigkeit der Unterdrückung der Schwatzsucht hingewiesen worden, die ja auch insofern eine besondere Bedeutung hat, als sie den Menschen zwingt, sich über die Ursachen klarer zu werden, weshalb er gern reden möchte. Man kommt, wenn man sich in dieser Hinsicht bei Gelegenheiten beobachtet, wo ein fast unwiderstehlicher Drang zu irgend einer Äußerung in uns auftaucht, ganz von selbst zu analytischen Erkenntnissen, die auch in vielen anderen Richtungen sich als nützlich erweisen. Die Selbstdisziplin gerade in den elementarsten Dingen hat eine Wirkung auch auf die höheren Funktionen und gibt

uns diese ebenfalls besser in die Hand. Foerster weist z. B. darauf hin, daß die moderne Neigung, jede Bewunderung gleich in Superlativen auszudrücken, ein charakteristisches Zeichen des durch keine asketische Schulung mehr erzogenen, zügellosen Subjektivismus sei und zitiert Rancé, der einmal erklärt, die geistige Enthaltsamkeit, z. B. das Maßhalten in der Bewunderung und Begeisterung, sei schwerer als die sinnliche; daher müsse man mit dieser beginnen.

Von den Gefahren, die eine zu weit gehende asketische Selbsterziehung mit sich bringen kann, dürfen wir andererseits auch nicht ganz schweigen, da sie speziell beim nervösen Menschen erheblich sein können. Was Nietzsche in seiner Schrift „Was bedeuten asketische Ideale?" des längeren auseinander gesetzt hat, nämlich, daß das asketische Ideal Schutz- und Heilinstinkten eines degenerierten Lebens entspringe und auf eine partielle physiologische Ermüdung hindeute, gegen die die intakten Instinkte des Lebens unausgesetzt mit neuen Mitteln und Erfindungen ankämpften, das ist in der Tat sehr zu beachten. Er hat speziell die Bedrohung des Elementaren und Natürlichen im Menschen dadurch gefürchtet. „Jene Morallehrer", sagt er, „welche zuerst und zuoberst dem Menschen anbefehlen, sich in seine Gewalt zu bekommen, bringen damit eine eigentümliche Krankheit über ihn: nämlich eine beständige Reizbarkeit gegenüber allen natürlichen Regungen und Neigungen. Was auch fürderhin ihn stoßen, ziehen, anlocken, antreiben mag von innen oder von außen her, immer scheint es diesem Reizbaren, als ob jetzt seine Selbstbeherrschung in Gefahr gerate: er darf sich keinen Instinkten, keinem freien Flügelschlag anvertrauen, sondern steht beständig in abwehrender Gebärde da, bewaffnet gegen sich selber, scharfen und mißtrauischen Auges, der ewige Wächter seiner Burg, zu der er sich gemacht hat. Ja, er kann groß damit sein, aber wie unausstehlich ist er nun für andere geworden, wie schwer, wie schwer für sich selber, wie verarmt und abgeschnitten von den schönsten Zufälligkeiten seiner Seele." Dieser Gefahr kann meiner Ansicht nach nur durch eine richtig geleitete Psychoanalyse begegnet werden; dann aber kann eine körperliche Übung in der Enthaltsamkeit nur günstige Wirkungen entfalten.

Zum Schluß möchte ich noch kurz erwähnen, daß bei einem Teil von Fällen, die oben genannte Beschäftigungstherapie und die Willensbeeinflussung überhaupt nicht anders als in einer gewissen Isolierung und damit oft in Krankenhausbehandlung durchgeführt werden kann. Die Isolierung hat vor allem den Vorteil, ungünstige seelische Einflüsse fernzuhalten, durch Ausschaltung vieler Reize die abnorm stark reagierenden Kranken zur Ruhe kommen zu lassen, durch die Langeweile den Willen zur Gesundung und normalen Betätigung hervorzurufen, dem Kranken überhaupt Gelegenheit zu geben, sich auf sein Selbst zu besinnen. Wenn damit dann gleichzeitig analytische oder sonstige Beeinflussung verbunden

wird, so bietet sich dem Kranken hinreichende Gelegenheit, diese Erkenntnisse in der Ruhe weiter zu verarbeiten. Umgekehrt können natürlich Isolierungen auch gewisse Gefahren in sich bergen, vor allem die, daß die Kranken, wenn sie allzu lange sich selbst überlassen sind, sich ihren Krankheitsgedanken und -stimmungen allzu stark überlassen und ihre Willensfunktionen noch mehr vernachlässigen. Wie man dem im einzelnen zu begegnen hat, muß sich aus den näheren Umständen ergeben.

H. Autosuggestivübungen.

Entsprechend unserer Auffassung der Suggestion ist die Autosuggestion ein Zustand, in dem es sozusagen dem bewußten Ich gelingt, zu den archaischen Tiefenschichten im eigenen Innern ein Verhältnis zu bekommen, wie es der Suggestor zu dem Suggerierten hat. Indem es uns dadurch möglich ist, die primitiven Affekte, Gläubigkeits- und Erwartungsvorstellungen in uns selbst hervorzurufen, erfolgt ebenso eine Bewußtseinseinengung und Abriegelung gegenüber anderen inneren und äußeren Einflüssen wie in der durch Dritte hervorgerufenen Hypnose und Suggestion.

Schon die ersten Forscher auf dem Gebiete der Suggestions- und Hypnotherapie, z. B. Forel, haben deutlich genug darauf hingewiesen, daß jede Fremdsuggestion, um voll wirksam zu werden, im gewissen Grade zu einer Autosuggestion werden müsse. Dann hat Levy u. a. (Die natürliche Willensbildung, Vogtländers Verlag, 1909) schon vor 15 Jahren eine systematische Verwendung der Autosuggestion vorgeschlagen. Er geht dabei von einem Grundgesetz der Psychologie aus: Jede Vorstellung ist eine im Zustand des Werdens begriffene Handlung und ist insofern der Anfang ihrer Verwirklichung. Die Vorstellung, daß man genesen kann und muß, schließt also die Heilung sozusagen in sich. Levy beschreibt besonders eingehend den Zustand der „Sammlung" (Recueillement), der dabei nötig ist. Im Jahre 1912 habe ich (208) das Autosuggestivverfahren ebenfalls genauer geschildert und auf die vielseitige Verwendbarkeit der Autosuggestion hingewiesen. Vor und nach mir haben zahlreiche andere Ärzte von dem Verfahren Gebrauch gemacht. Es ist daher einigermaßen verwunderlich, daß in den letzten Jahren die sogenannte Neue Nancyer Schule unter Führung von Coué, vor allem auch in dem Buch von Baudouin, so tut, als brächte sie mit ihrer Empfehlung der Autosuggestion etwas ganz Neues, bisher nicht Dagewesenes. Das ist durchaus nicht der Fall. Vielmehr zeigt sich in der stark beifälligen Aufnahme, die die Mitteilungen dieser Autoren gefunden haben, nur das jetzt viel allgemeinere Interesse und die größere Aufnahmefähigkeit des Publikums für diese Frage. Allerdings ist nicht zu leugnen, daß die Empfehlung und Darstellung der Autosuggestion seitens der Ge-

nannten mit besonderem Geschick, wenn auch nicht immer mit Geschmack, geschieht.

Zum Zweck der Einleitung der Autosuggestion empfehlen alle Autoren die Hervorrufung eines Zustandes der Entspannung und Sammlung, in der man sich mit möglichst unbewegtem Körper, vollkommen erschlaffter Muskulatur und geschlossenen Augen hinlegt (selbstverständlich ist die Übung auch im Sitzen möglich). Man gibt sich nunmehr die Autosuggestion in dem Sinne, daß man den Zustand sich möglichst anschaulich in klaren Bildern als erreicht vorstellt, den man zu erreichen wünscht. Dabei tritt allmählich, gewöhnlich schon nach wenigen Tagen, eine Gewöhnung, die Fähigkeit zur ruhigen Entspannung und Einstellung der Aufmerksamkeit auf die Selbstsuggestion ein, so daß man später sogar im Gedränge des Lebens imstande ist, sich für einen Augenblick innerlich zu isolieren und sich auch unter solchen Umständen entsprechende Autosuggestionen zu geben. Jede eigentliche bewußte Willensanspannung ist dabei zu vermeiden, denn jedes: „Ich will!" schließt einen Wunsch in sich und infolgedessen auch die Möglichkeit einer Nichtverwirklichung. Auf letzteren Gedanken legen Coué und Baudouin, vor ihnen schon sehr klar Levy, besonderen Wert, indem sie von einem „Gesetz der das Gegenteil bewirkenden Anstrengung" sprechen. Es handelt sich nicht darum, den Willen durch Autosuggestion zu ersetzen, sondern diese zum Rüstzeug des Willens noch hinzuzufügen als eine davon wesentlich abweichende Form der Tätigkeit, die auch dort einzuwirken imstande sei, wo der Wille ganz oder zum Teil versagt und die zudem nur unter der Bedingung wirklich fruchtbar wird, daß man sie nicht mit Willensanstrengung verwechsle. Man soll also nicht sagen: „Ich will stark, gesund usw. sein", sondern einfach die Behauptung aufstellen: „Ich bin stark, gesund, ruhig, ich habe keine Schmerzen usw." „Selbst wenn man das zuerst absolut nicht glaubt, wird doch die maschinelle Wiederholung dieser Behauptung langsam die ihr entsprechende Vorstellung herbeiführen. Wir werden uns unsere Person so vorstellen, sie so sehen, wie wir sie gern haben möchten: kraftvoll, stark und strotzend vor Gesundheit." Mit Recht wird darauf hingewiesen, daß die Autosuggestion manchmal sich scheinbar gar nicht realisiere, daß dann aber doch dank ihrer unbewußten Weiterverarbeitung nach einiger Zeit die Realisierung eintrete. Die selbstsuggerierten Vorstellungen müssen eine möglichst warme Gefühlstönung haben. „Man muß", sagt Levy, „die Vorstellung verschönern und warm werden lassen, indem man sich das Vergnügen vorstellt, das man durch Selbstbeherrschung haben wird, daran denkt, welchen Gebrauch man von seiner wiedererlangten Gesundheit machen kann usw." Niemals gebe man sich negative Suggestionen, da sie nicht annähernd dieselbe Realisierungstendenz haben wie die positiven. Empfehlenswert ist es, wenn man Gemütsbewegungen, die die Autosuggestion

in ihrer Wirksamkeit zu unterstützen vermögen, also besonders zuversichtliche, augenblickliche Stimmung, besonders günstige augenblickliche allgemeine Empfindungen nach Möglichkeit ausnützt. Überhaupt empfiehlt es sich natürlich, alle angenehmen, anreizenden bzw. beruhigenden Empfindungen für die Autosuggestion gegebenenfalls zu verwerten, also ästhetische Eindrücke erfreulicher Art, gelegentlich auch physikalische und chemische Mittel. Baudouin gibt eine Anzahl einfacher Regeln, die hier mitgeteilt werden sollen:

1. Jeden Morgen und Abend kurz vor und nach dem Schlafe konzentriert man sich auf die allgemeine Suggestivformel: „Mit jedem Tage geht es mir in jeder Hinsicht immer besser und besser."

2. Wenn man im Laufe des Tages von einem körperlichen oder seelischen Leiden befallen wird, greift man zur besonderen Suggestion („es geht vorüber"), die man, wenn der Schmerz nicht weicht, ausnahmsweise abends erneuert.

3. So oft als möglich versetzt man sich entweder durch einfache Sammlung oder durch Autohypnose in einen Zustand der Selbstspannung (Konzentration), worin man sich möglichst lebhaft und plastisch die Bilder der gewünschten seelischen und körperlichen Besserungen vergegenwärtigt.

4. Man pflegt die Fähigkeit des Sichentspannens und des Sichsammelns und auch die Fähigkeit zu anhaltender Aufmerksamkeit (Muskelübungen, Verstandesübungen, regelmäßige mnemotechnische Übungen).

Bekanntlich hat man auch die Autosuggestion noch mit einer Reihe anderer Übungen verbunden, von denen man sich besondere Wirkung versprach und die zum Teil schon in der Yogapraxis empfohlen werden. Dazu gehören vor allem die Atemübungen. Das Gefühl des Behagens, das jedem tiefen Einatmen folgt, soll jede Suggestion, die eine Besserung unseres Befindens zum Gegenstand hat, begünstigen. Außerdem wird dem Atem, wie allem einwiegenden Hin und Her, ein Reiz zugeschrieben, der die Aufmerksamkeit festlegt und eine leichte Hypnose hervorrufen kann. Selbstverständlich darf man nicht, wie es namentlich seitens amerikanischer Autoren geschieht, solche Nebenübungen zum Selbstzweck machen und die Bedeutung des psychischen Faktors dabei ganz vernachlässigen.

Um dem Patienten die Macht autosuggestiver Beeinflussung zu zeigen, pflegen die Nancyer Wert auf eine methodisch geordnete Reihe elementarer Übungen zu legen. Dabei spielt das sogenannte Chevreulsche Pendel eine Rolle, dessen Benutzung zu Demonstrationszwecken ich schon vor vielen Jahren beschrieben und dringend empfohlen habe. Das Pendel besteht aus einem Ring oder irgend einem anderen Gegenstand, der an einem Haar oder Seidenfaden hängt. Man zeichnet auf ein Blatt Papier einen Kreis mit zwei einander sich rechtwinklig schneidenden

Linien. Man faßt den Stiel des Pendels, bringt das Pendelgewicht in eine bestimmte Stellung und hält den Arm dabei nicht an den Leib gedrückt, sondern möglichst freischwebend. Dann stellt man sich möglichst intensiv vor, daß das Pendel in einer bestimmten Richtung schwinge und nach kurzer Zeit, meist nach einigen Sekunden, längstens einigen Minuten, fängt das Pendel zu schwingen an. Der psychophysiologische Vorgang der Übertragung der Vorstellung auf die unbewußte Muskelbewegung läßt sich an diesem Beispiel, das natürlich beliebig variiert werden kann, so klar zeigen, daß ein Widerspruch seitens des Patienten dagegen kaum erhoben werden kann. Das Experiment wirkt also erstens immer im Sinne einer Überzeugung von der Bedeutung unbewußter Vorgänge, zweitens von der Tatsache der Einwirkung seelischer Faktoren auf körperliche Zustände, und es hat drittens noch manchmal eine leicht hypnotisierende Wirkung. Man kann dabei das Gesetz von der das Gegenteil bewirkenden Anstrengung auch damit demonstrieren, daß man, während das Pendel kreist, dem Patienten sagt, er solle denken: „Ich kann es nicht mehr anhalten", indem er zugleich sich bemüht, es anzuhalten. Diese Bemühungen pflegen die Bewegungen noch heftiger zu machen. Werden dann diese vergeblichen Bemühungen eingestellt und nun die Vorstellung, daß das Pendel sich nicht mehr bewege, stark hervorgerufen, so verlangsamt sich die Bewegung sofort. Nach den Übungen mit dem Pendel schlägt Baudouin vor, eine solche mit dem Fall nach vorwärts und rückwärts vorzunehmen. Der Patient soll sich zunächst ganz gerade halten, Füße geschlossen. Man sagt ihm, er solle sich vorstellen, er sei ein Brett mit Angel an seiner Basis, das in labilem Gleichgewicht aufrecht steht. Bei geringstem Zug nach vorn oder rückwärts müsse das Brett in dieser Richtung als schwere Masse niederstürzen, ohne irgend einen Widerstand zu zeigen. Man sagt ihm, man würde ihm von rückwärts an den Schultern ziehen, er solle sich ohne den geringsten Widerstand in die Arme des Arztes fallen lassen, indem er sich in den, wie Scharniere funktionierenden Knöchelgelenken drehe. Denkt er dann ganz intensiv: „Ich falle nach rückwärts", so fällt er tatsächlich dem Arzt, ehe er sichs versieht, in die Arme. Auch ein anderer, sehr eindrucksvoller Versuch wird noch vorgeschlagen: Der Patient stellt sich hinter einen Sessel, legt die Hände flach, horizontal auf die Lehne, die Daumen fest gegen die Rückwand der Lehne gedrückt. Dann denkt er nur dieses eine: „Der Sessel erhebt sich auf seinen rückwärtigen Beinen, der Sessel stößt mich, der Sessel steigt." Zugleich fixiert er die Lehne zwischen den Daumen und stützt sich fest auf, wie wenn er Widerstand leisten wollte. Je mehr er sich müht, desto rascher erhebt sich der Sessel und manchmal mit einer solchen Gewalt, „daß ich schon gesehen habe, wie Leute davon umgeworfen wurden". (Es ist angezeigt, daß jemand hinter dem Übenden steht.)

Man kann übrigens bei Gelegenheit dieser Versuche dem Patienten die Zielstrebigkeit des Unbewußten besonders einleuchtend klar machen; denn wenn man ihn auffordert, doch einmal zu beschreiben, was eigentlich bei der Anstellung des Experiments in ihm vorgeht, so kann er meist nichts darüber aussagen, da sich tatsächlich der Vorgang unter fast völliger Ausschaltung des Bewußtseins vollzieht. Man wird also auf Grund dieser Tatsachen dem Kranken auch leicht die Überzeugung beibringen können, daß jede Heilung und Besserung in der Hervorbringung von Bewegungsvorgängen in irgend einem Teil des Körpers besteht, daß man aber diese Bewegungen gar nicht zu kennen braucht, um sie eintreten zu lassen, vielmehr genüge es, an das Ziel recht stark zu denken, nämlich an die Heilung. Das Unbewußte finde dann schon aus eigener Intiative die Wege, übertreffe also unsere bewußten Kenntnisse und Einwirkungsmöglichkeiten um ein Bedeutendes.

Therapeutisch und psychotherapeutisch ist an den Erfahrungen mit der Autosuggestion vor allem die Feststellung einer noch lange nicht genügend in das allgemeine Bewußtsein übergegangenen Tatsache wichtig, nämlich, daß wir bei der Einwirkung auf körperliche Vorgänge und ebenso auf unbewußte seelische mit dem bewußten Willen unendlich viel weniger erreichen können, als mit der Hervorrufung stark gefühlsbetonter und dadurch in eine bestimmte Richtung zur Verwirklichung drängender Vorstellungen. Im großen und ganzen kann man, wie Baudouin wohl mit Recht sagt, behaupten, daß der Wille die normale Form der Einwirkung auf die Materie, auf die Außenwelt darstellt, während die Suggestiion als die normale Einwirkung auf uns selbst in unserer Eigenschaft als Lebewesen betrachtet werden kann. Es ist bei der Einwirkung der Autosuggestion so, „als ob unser Unbewußtes unseren psychischen und physischen Organismus in allen Einzelheiten kannte und aus dieser Erkenntnis heraus die nötigen Mittel erschlösse, die zur Verwirklichung des vorgesetzten Zieles dienen".

Die Autosuggestion ist meiner Erfahrung nach, verständig und ohne mystisches Beiwerk angewandt, ein außerordentlich wichtiges Unterstützungsmittel fast jeder anderen Art von psychischer Einwirkung. Sie ist ja auch schon von praktischen Psychologen wie Ignatius von Loyola und Pascal geübt und empfohlen worden, die beide den Satz vertraten, daß die äußerliche Handlung des Glaubens geeignet sei, die Seele in den der ersteren entsprechenden inneren Zustand zu versetzen. Es handelt sich hier um das, was man als „Autosuggestion durch Tätigkeit" bezeichnet hat. „Anfangs spricht der Mensch wie er denkt, später denkt er, wie er spricht", sagt Maine de Brian. Es kommt hier auch das herein, was Wundt als Steigerung des Affektes durch seine Ausdrucksbewegungen bezeichnet hat.

Die Autosuggestion durch Tätigkeit läßt sich natürlich mit der

durch Sammlung beliebig, und häufig mit besonderer Wirksamkeit, verbinden, indem man z. B. bei Schmerzen im Arm mit den schmerzenden Gliedern Bewegungen macht und sich dabei immer wieder sagt, daß sie leicht und mit Behagen gehoben werden können. Auch der zweckmäßige Rat gehört hierher, schon in der äußeren Haltung, in der Mimik, in dem ganzen Gebärdenspiel diejenigen charakteristischen Merkmale zu zeigen, die man zu besitzen wünscht, also Mäßigkeit und Ruhe bei Bewegung, aufrechte Haltung, lautes, freies Sprechen, offener Blick bei Furchtsamkeit oder Niedergeschlagenheit usw.

Während der Indikationskreis der Autosuggestion also sehr groß ist, möchte ich sie als kontraindiziert bezeichnen bei Personen, die ohnedies zu ausgesprochenen Wachträumen und zu leicht auftretenden autohypnotischen und Dämmerzuständen neigen. Doch kann man auch in diesem Fall unter Umständen durch eine allmähliche Erziehung manches erreichen.

Wenn trotz der relativen Einfachheit und Selbstverständlichkeit der autosuggestiven Methode auch bei solchen Patienten, die ihr Wesen und ihre theoretische Begründung vollkommen erfaßt haben, doch sehr häufig Versager auftreten und immer wieder die Klage kommt: „Ich suche es mir ja zu sagen, aber es hilft nichts, ich fühle deutlich, wie sich das Nein in mir dagegen erhebt", so ist daß einfach darauf zurückzuführen, daß starke innere Widerstände vorhanden sind, daß unsere unbewußten Wünsche und Regungen ein Hindernis der Verwirklichung unserer bewußten Vorstellungen bilden. Vor allem ungünstig wirken dabei die Gefühle der Ohnmacht und Minderwertigkeit, die aus der Kindheit stammen, ebenso wie gewisse Selbstbestrafungstendenzen und auch selbstverständlich ganz primitive sexuelle und sonstige Strebungen, die sich dem Wunsch nach Genesung entgegenstellen. Ohne Psychoanalyse, ohne ein Herausstellen aller dieser infantilen und triebhaften Regungen in das helle Tageslicht des Bewußtseins und ohne eine dadurch gegebene Überwindungsmöglichkeit dieser seelischen Regungen ist also selbstverständlich die Autosuggestion häufig völlig machtlos. Ist die Analyse dagegen bis zu einem gewissen Punkte gefördert, so kann die Autosuggestion als eine, ihre Wirkungen verstärkende und die Austilgung alter, falscher Assoziationen unterstützende Macht mit großem Vorteil herangezogen werden.

Aber auch noch eine andere Möglichkeit der Verbindung der Psychoanalyse und Autosuggestion ist gegeben, die ich manchmal mit gutem Erfolg angewandt habe. Man kann nämlich durch abendliche Autosuggestion im Zustand der Entspannung erreichen, daß unbewußte Vorgänge leichter fließen als sonst. Man wird sich zu diesem Zweck laut kurze Zeit vorsprechen: „Ich fühle, daß sich meine Widerstände von Tag zu Tag vermindern, ich sehe immer leichter und

tiefer in die unbewußten Schichten hinunter, ich weiß, daß die falschen Schuldgefühle, die diese Tiefen vor mir verborgen gehalten haben, verschwinden, und das der Gesundungswunsch immer stärker und stärker in mir wird." Man findet dann morgens beim Erwachen nicht selten eine auffallend größere Flüssigkeit analytisch weiter zu führender Vorstellungen und kann im Anschluß an diese am Abend darauf die Suggestionsformel noch wirksamer gestalten. „So treibt", sagt O. A. H. Schmitz (248), „das Tagdenken Analyse, während in der Nacht der Bildzauber suggestiver Vorstellungen wirkt." Diese Verbindung von Analyse mit dem Zustand der Sammlung ist nichts anderes als eine Form der Versenkung und hat viel Ähnlichkeit mit gewissen Yogamethoden.

I. Exerzitienähnliche Übungen.

Bekanntlich bedient sich die katholische Kirche des Autosuggestivverfahrens und einer damit verbundenen Willens- und Konzentrationsübung in ausgiebigster Weise in Form der sogenannten Exerzitien. Von nichtkatholischer Seite werden diese neuerdings auch empfohlen in der sogenannten „Schule der Weisheit" in Darmstadt, die Graf Keyserling gegründet hat. Es ist kein Zweifel: die auf diesem Wege in religiöser Hinsicht erzielten großen Erfolge lassen erwarten, daß ein solches Verfahren auch in anderer als religiöser Richtung starke seelische Wirkungen muß ausüben können. Darum wollen wir hier kurz darauf eingehen.

Der psychologische Vorgang bei den religiösen Exerzitien ist starke Einprägung bestimmter Vorstellungen und ihre Vertiefung und Entfaltung, d. h. Verbindung mit dem ganzen übrigen seelischen Inhalt des betreffenden Individuums in einem ganz bestimmten Bewußtseinszustand. Als Mittel einer solchen Entfaltung hat schon den alten Mystikern, auch den Anhängern der Yogapraxis, die Kontemplation gegolten: sie ist der Boden für die „schöpferische Erkenntnis", ein Ausdruck, den Keyserling geprägt hat. Bei dieser Erkenntnis handelt es sich nicht um Wissen, sondern um ein Tieferwerden an Weisheit. Ein solches erwirbt der Mensch aber nicht durch Reflexion — durch sie wird ja jeder Inhalt sofort wieder aus dem Bewußtsein herausgestoßen —, sondern durch intuitives Erfassen, durch Hingabe, die das Gegenteil gewaltsamer, krampfhafter Gedankenkonzentration ist. Aus dem Erfülltsein mit schöpferischer Erkenntnis entspringt eine alles überwindende Kraft. Entsprechend Keyserlings Wort: „Vorstellung schafft Wirklichkeit" (man vgl. die Übereinstimmung mit den früher mitgeteilten Tatsachen) bewirkt schon die Vorstellung des Fortschreitens, wenn sie genügend gepflegt wird, tatsächlichen Fortschritt[1]).

[1]) Die Analogien zwischen religiösen Übungen und psychotherapeutischen ergeben sich weiterhin u. a. aus folgender Erwägung:

Die besonderen Mittel, die Fähigkeit der Kontemplation als Grundlage für die schöpferische Erkenntnis herauszubilden, sind verschiedene Übungen, in religiöser Hinsicht vor allem Betrachtungen und Gebet. Beide haben, psychologisch betrachtet, etwas hervorragend Autosuggestives an sich. Die abendländischen religiösen Schriftsteller, die über diese Dinge geschrieben haben, unterscheiden zwischen verstandesmäßiger Erwägung (consideratio), gefühlsmäßiger Betrachtung (meditatio) und intuitiver Versenkung oder Beschauung (contemplatio), und sie wenden sie in dieser Aufeinanderfolge als den Weg zur Bereitschaft für die intuitive Erkenntnis an. Erwin Rousselle (243), dessen Ausführungen wir hier im wesentlichen folgen, schreibt, eine solche Erkenntnis öffne die Schleusen für die schöpferischen Kräfte des Eros, steigere die Lebensenergie und lenke sie sinnvoll, ob sie nun durch Betrachtungen und Exerzitien wie auf katholischer, durch methodistische Praktiken auf kalvinistischer oder durch Andachtsbücher auf lutherischer Seite hervorgerufen werden.

Unsere oben mitgeteilten Ergebnisse bei Anwendung verschiedener psychotherapeutischer Methoden, vor allem der Autosuggestion, zeigen nun: Selbsterziehung ist dadurch möglich, daß man das Gedankenleben gründlich und zu regelmäßig wiederholten Zeiten in der gewünschten Richtung einer höheren sittlichen Charakterstufe sich bewegen läßt und dabei diese Bewegung sich irgendwie verstandesgemäß zu begründen sucht. Wir haben hier also die verstandesmäßige Betrachtung (consideratio) eines Themas von ethischer Bedeutung. Um dem Verstandesmäßigen aber seine volle Wirkung zu verschaffen, muß das Gefühl hinzukommen, denn dadurch allein wird das Unterbewußte dauernd und nachhaltig beeinflußt. Man versetzt sich also unter möglichster Ausschaltung alles diskursiven Denkens in die Gefühlslage des Könnens, sucht sich das Letztere als etwas Selbstverständliches vorzumalen. Längeres Verharren bei der gefühlsmäßigen Betrachtung (meditatio) ist förderlich, wobei man solche Gefühle

---

Man betet als ganz kleines Kind und später unter tausenderlei verschiedenen Umständen, im Glück, im Unglück, unter Erregungen aller Art, in psychisch gleichgültigen Lagen, bald im Sinne des Dankens, bald im Sinne des Bittgebetes. Psychologisch betrachtet ist dabei wirksam: 1. die rein automatisch sich einschleifende, assoziative Übung als solche, die das Auftauchen des Betens schließlich zu einer automatischen Funktion macht, 2. die notwendig mit der Wiederholung verbundene Verankerung mit den verschiedenen psychischen Konstellationen, worunter naturgemäß viele stark gefühlsbetonte sein müssen. Der Affekt verbindet sich so allmählich mit den religiösen Redewendungen selbst dann, wenn sie ursprünglich gänzlich gleichgültig und nachahmungsweise gesprochen wurden, und das um so fester, je häufiger und „unbewußter" es geschieht. Daher die psychologisch durchaus richtige, oben erwähnte Regel des Ignatius von Loyola: „Tue nur die Werke des Glaubens, dann kommt der Glaube von selber." Daraus ergibt sich für unsere Zwecke, daß das, was der Kranke lernen muß, möglichst häufig in möglichst verschiedenen Situationen laut und klar zu wiederholen ist.

zu pflegen und wachzuhalten sucht, die mit dem vorgesetzten Thema der Betrachtung nahe verwandt sind, wie Begeisterung, Kraft, innere Sicherheit, Geborgenheit usw. Das Betrachtungsthema sollte in möglichst anschaulichen Bildern vorgestellt werden, da das Bild ganz anders als der bloße Gedanke gestaltende Kraft hat. Deshalb läßt Ignatius von Lovola sämtliche konkreten Dinge seiner Exerzitien den Schüler bildlich schauen. Abstrakte Dinge macht er dadurch bildlich vorstellbar, daß er bei Betrachtung einer Tugend beispielsweise anordnet, der Schüler soll sich vorstellen, sein Kern, seine Seele sei umgeben von dem äußeren Menschen, dem Körper, gleichwie von einem Gefängnis, außen herum aber sei die Welt wie ein Tal mit wilden Tieren. Rousselle weist darauf hin, daß als Sinnbilder vorzüglich geeignet seien die Bilder der Parzivalsage und daß sonst nicht Vorstellbares betrachtbar gemacht werden kann dadurch, daß man z. B. den metaphysischen Kern seiner Individualität sich vorstellt als den Gral, der rings umgeben ist von dem Ich, dem Gralstempel, um den sich das Arbeitsfeld, die Landschaft, ausbreitet. Das Bild wird dadurch, daß mit ihm Betrachtungen sinnvoller Art angestellt werden, eben zum Träger, zum Bild des Sinnes, zum Sinnbild. Ganz besonders steigert nun das Bild seine Kraft noch dadurch, daß man, während man es betrachtet, die Bewußtseinslage ständig in der Stimmung verharren läßt, die das Bild mit seinem gewünschten erzieherischen Wert ausströmen soll. Der wesentliche Vorzug aber des Bildes ist, falls es gut gewählt ist, daß es die unbewußten Kräfte des Menschen anregt. In unserem Unterbewußtsein liegt neben Persönlichem eine kollektive Erbmasse, die Instinkte und Urbilder (von Jung „Archetypen" genannt) enthält. Solche Bilder sind die Jahrtausende alte Erberfahrung und Erbweisheit vergangener Generationen, mit der die Menschheit Welt und Leben anschaut. Dieser Schatz zeitüberlegener Weisheit muß gehoben werden, um zur vollen Sinneserfassung zu gelangen. Eben dieser Erbschatz wird aufgewühlt und emporgehoben durch Betrachtungen über solche Urbilder. Die Urbilder sind die Organe unseres Unbewußten zur Sinneserfassung.

Was wir aus den religiösen Übungen für unseren psychotherapeutischen Zweck lernen können, dürfte nun dieses sein: daß es möglich ist, durch eine, die unbewußten Triebkräfte und archaischen Ablaufsweisen unseres Innenlebens stark anregende Methodik der Versenkung in die Vorstellung des Geheiltwerdens, des Gesundseins, diese Kräfte ganz anders in unseren Dienst zu zwingen, als es durch ein nur verstandesmäßiges Vorgehen möglich wäre. Wer einmal Versuche in dieser Richtung an sich selbst gemacht, ist immer wieder verblüfft über die Stärke und den Umfang der dabei erreichbaren körperlichen Wirkungen gerade auf diejenigen Organe, die der bewußten Willenstätigkeit entzogen sind, aber in besonders inniger Verbindung mit dem Affektleben stehen, also namentlich auf alle, vom Sympathikus und

Vagus versorgten Gebiete, das Vasomotorium, die Magen-Darmtätigkeit, die Drüsentätigkeit u. a. m. Aber auch bei den Verstimmungszuständen und sonstigen seelischen Anomalien kann man auf diesem Wege oft noch etwas erreichen, wo andere Methoden versagen.

Als Grundriß einer solchen, zu ärztlichen Zwecken dienenden Betrachtung mag folgendes dienen (wir folgen hier wieder dem Schema von Rousselle, dem es natürlich nur auf die seelische Zustandsänderung ankommt und der an eine ärztliche Verwendung nicht denkt): zunächst soll der Patient in sich einen Zustand völliger Entspannung hervorrufen und in Ruhelage mit geschlossenen Augen möglichst anschaulich ein Bild des Körperteils (bzw. der Körperfunktion) und der seelischen Leistungen, die man beeinflussen will, erwecken, indem man sich diese in völlig gesundem Zustande vorstellt. Dann suche man sich die Gefühle der Frische, Kraft, Leistungsfähigkeit, die von der normalen Funktion des Organs, bzw. einer normalen seelischen Tätigkeit ausgehen, zugleich mit der Vorstellung und den Gefühlen, die das auf den Körper bzw. die Seelentätigkeit im allgemeinen haben müßte, wachzurufen. Dabei wird dem Patienten gezeigt, wie er sich ungefähr die Folgen anatomisch, physiologisch und psychologisch zu denken hat und ihm aufgetragen, das Weitere verstandesmäßig sich durch den Kopf gehen zu lassen. Daraufhin kann man ihn längere Zeit der gefühlsmäßigen Meditation überlassen, nämlich der Versetzung in einen Zustand, in dem er das Ziel, das er erreichen möchte, als bereits erreicht so anschaulich wie möglich in seinen Folgen für sein ganzes inneres und äußeres Leben sich vor Augen führt. Die nun folgende Kontemplation endlich besteht darin, daß noch kurze Zeit damit verbracht wird, ohne bestimmt gerichteten Gedankenablauf sich einfach ruhig abwartend zu verhalten, indem man das Angeschaute einer weiteren unterbewußten Verarbeitung übergibt.

Den Abschluß und die Rückkehr aus dem introvertierten in den extravertierten Zustand bildet dann irgend eine imperativische Geste und ein kurzes Wort im Sinne einer Aufforderung an sich selbst, das so Geschaute nun auch in das Leben hineinwirken zu lassen. Am besten soll der Patient, nachdem er die Übung zuerst unter Leitung bzw. Beaufsichtigung des Arztes gemacht hat, sich früh morgens und spät abends je 10 Minuten üben; denn reichliche Übung ist die für die Wirkung dieser Methodik unerläßliche Voraussetzung. Diese innere Einkehr, wenn auch nur für kurze Zeit am Tage, hat übrigens auch an sich, von allen direkten Heilzwecken abgesehen, für jeden Menschen einen außerordentlich großen Wert, zumal in unserem ewig hastenden und unruhigen Gegenwartsleben. Die Gefahr, die selbstverständlich bei solchen Übungen für die geistige Gesundheit des Individuums besteht und die man gewiß nicht unterschätzen darf, besteht vor allem darin, daß man sich erstens überhaupt zuviel mit dem eigenen Ich dabei beschäftigt und das zweitens in einer Weise tut,

die das Überwuchern unbewußter Vorgänge unter Umständen erleichtern könnte. Indessen ist dieser Gefahr meines Erachtens durchaus vorzubeugen, wenn der Patient einerseits hinreichend analysiert ist, um eine gewisse Distanz zu seinen Komplexen gewonnen zu haben, und wenn er ferner sich immer wieder vor Augen hält, daß er mit der Übung nur eine, auf eine gewisse Zeit begrenzte und bestimmten Zwecken dienende Absicht verfolgt. Solche Übungen dürfen also auf keinen Fall lange fortgesetzt und müssen sofort nach ihrer Beendigung durch praktische Übungen am Lebensmaterial ersetzt werden. Auch ist es notwendig, sie zuerst nur unter Aufsicht und in der Gegenwart des Arztes vornehmen zu lassen und erst, wenn man sich von ihrer Schadlosigkeit überzeugt hat, sie dem Patienten selbst zu überlassen.

Von dem oben mitgeteilten Vorgehen, das ja nur das Grundprinzip der Exerzitien verwendet, unterscheiden sich die Exerzitien im strengsten Sinne des Wortes durch ein noch systematischeres Vorgehen. Sie bestehen in einer Reihe von Betrachtungen, die nach einem bestimmten System, das eine innere Entwicklung darstellt, geordnet sind. Ihr Wert beruht darauf, daß eine solche methodische Schulung „den Menschen aufrüttelt und ihm einen Ruck nach vorwärts auf dem Wege zur Vollendung gibt". Die Exerzitien des Ignatius von Loyloa (177) zerfallen in vier Teile („Wochen"), genau wie die katholische Messe. Die erste Woche entsprechend dem einleitenden Teil der Messe ist der Betrachtung über die Entstehung der Sünde (Luzifer, Adam, das Individuum) und der Hölle gewidmet. Dann folgt Generalbeichte des Lebens und Absolution. Nunmehr wird, entsprechend der Verlesung des Wortes Gottes im zweiten Teil der Messe, Christus als „das Licht der Welt" vorgestellt und in Einzelbildern am inneren Auge vorübergeführt. Der dritte Teil betrachtet Passion und Tod Christi analog dem Offertorium der Messe und sucht die Hingabe des Ich zu erreichen. In der vierten Woche wird Auferstehung und Himmelfahrt, entsprechend der Wandlung und Kommunion der Messe, als der Vollzug der Vereinigung betrachtet. Für alle diese Betrachtungen hat Loyola eine außerordentlich klug erdachte Reihe von anschaulichen Bildern geschaffen, so daß der die Exerzitien Ausübende sozusagen in ein völlig anderes Leben während der Exerzitienzeit hineingezogen wird.

In ähnlicher Weise sind auch die buddhistischen Exerzitien aufgebaut (enthalten in Satipatthana-Suttam, Mittlere Sammlung, Nr. 10, Lange, Sammlung, Nr. 22). Nur ist alles mehr auf den Menschen selbst bezogen. Er betrachtet zunächst das körperliche Dasein und meditiert über Vorgänge der Verwesung nach dem Tode. Die drei anderen Teile führen weiter zu den Erkenntnisobjekten, um mit den höchsten intuitiven Erkenntnissen der Buddhisten zu endigen. Wie weit der Buddhist dabei in der Einfühlung gelangt, welche Konsequenzen für die Psychoanalyse

sich daraus ergeben, darauf hat Alexander (4a) in einer geistreichen Studie aufmerksam gemacht.

Rousselle hat auch seinerseits eine systematische Reihe von Betrachtungen aufgestellt. „Ein Training, der alle Kräfte des Menschen zu einer Einheit zusammenballt, seine Energie aufs höchste steigert, aber gleichzeitig auch alle Verkrampfungen löst und ihn dem Sinn der Welt und seines Lebens gegenüber aufschließt, so daß die neugewonnene Energie nicht zerstörend wirkt, sondern sinnvoll waltet."

Er sucht es dadurch zu erreichen, daß er von seinen Schülern verlangt, ihre ganze bisherige Vorstellungswelt einmal beiseite zu lassen und sich der suggestiven Wirkung eines Zyklus heroischer Bilder hinzugeben, die an mehreren Tagen an ihnen vorübergeführt werden und über die dann in einsamen Stunden meditiert wird.

Die Gefahren, die solche systematischen Exerzitien, namentlich für nervös disponierte Individuen, mit sich bringen können, sind entsprechend ihrer Intensität und Dauer noch größer als die der oben angegebenen Übungen und können daher nur unter ganz bestimmten, individuell abzuschätzenden Bedingungen ärztlich empfohlen werden. Aber andererseits sind, wie gesagt, die Erfolge, die man von religiösen Exerzitien für religiöse Zwecke sieht, so phänomenale, daß es schon aus allgemein psychischen und psychotherapeutischen Gründen für jeden, der sich mit diesen Problemen beschäftigt, von höchster Bedeutung ist, sie sich einmal gründlich zu betrachten. Kann man doch mit Bestimmtheit sagen: wenn es möglich ist, auf irgend einem Gebiet des Seelenlebens durch ein bestimmtes psychologisches Vorgehen solche einschneidenden und dauernden Erfolge zu erzielen, so muß es bei ähnlich systematischem Vorgehen auch auf ärztlichem Gebiete möglich sein. Insofern kann man aus der Betrachtung dieser Tatsache immer wieder Mut schöpfen und Glauben an die Macht psychischer Einwirkung. Aus diesem Gesichtspunkte heraus habe ich schon vor vielen Jahren auf diese Dinge hingewiesen, und zwar trotzdem oder vielmehr gerade weil ich jeder Art von Mystik und anderen Schwärmereien feindlich gegenüberstehe.

V. Die psychophysische Behandlung einzelner Krankheiten.

Motilitätsstörungen.

Psychisch bedingte Lähmungen lassen sich durch Hypnose, in der man die Glieder zunächst passiv bewegt und dann immer mehr die Suggestion aktiver Bewegungsfähigkeit gibt oder aber durch eine Überrumpelung mittels der Faradisation und sofort unter dem Eindruck des Schmerzreizes angestellten Übungen meist leicht beeinflussen. Besonders dankbar sind in dieser Beziehung die Aphonien.

Während des Krieges war bekanntlich die teilweise recht brutale Methode des Gewaltexerzierens mit manchmal sehr rücksichtslosem Gebrauch des elektrischen Stromes diejenige Methodik, die der jüngeren Ärztegeneration nicht zu ihrem Vorteil als „die Psychotherapie" erschien.

Die Hauptsache bei der Behandlung der Lähmungen ist immer, möglichst rasch und möglichst in einer Sitzung schon aktive Bewegungen zu erzielen.

Manche Formen wesentlich psychogen bedingten Zitterns weichen einer Reihe möglichst lang ausgedehnter hypnotischer Sitzungen mit nachfolgendem weiterem, hypnotisch beeinflußtem Ruhezustand zu Hause. Doch sind im allgemeinen alle Zitterformen recht hartnäckig und in manchen Fällen nur durch psychoanalytisches Eingehen auf die Entstehungsursache anzugreifen.

Dasselbe gilt in noch höherem Maße von den Tics. Ein Beispiel: Ein junger Mann von 18 Jahren mit zahlreichen nervösen Symptomen, gesteigerten Sehnenreflexen, Lidflimmern, leichtem Zittern der Hände, starkem Nachröten der Haut und einer im ganzen ausgesprochenen psychischen Labilität macht, während er vor Vorgesetzten oder anderen autoritativen Personen steht, dauernd Bewegungen mit dem rechten Bein, als ob er nach jemand austreten wollte. Diese zeigen sich besonders, wenn er etwas erregt oder in Verlegenheit ist. Beginn der Störung mit 17 Jahren, als er, vor einem militärischen Vorgesetzten stramm stehend, von diesem seiner Meinung nach aufs gröblichste beschimpft wurde, ohne sich dagegen wehren zu können. Die Aufklärung darüber, daß er mit dem Tic seiner Wut

gegen den Vorgesetzten unmißverständlichen Ausdruck gibt, löst zunächst ein typisches Komplexlachen aus und bringt für die nächsten Tage schon, zusammen mit entsprechenden gymnastischen Übungen, eine wesentliche Besserung mit sich. Diese verschwindet jedoch sehr schnell wieder nach einem Besuch seiner Mutter und war dann weder hypnotisch noch durch weitere Übungen zu beeinflussen. Die Psychoanalyse ergab nun folgendes: er hatte auf seinen Vater, weil dieser ein sehr jähzorniger und ihn sowie seine Mutter oft unrecht behandelnder Mann war, einen gründlichen Haß, der sich eine Zeitlang als Kind schon darin geäußert hatte, daß er zwangsmäßig hinter seinem Rücken die Zunge herausstrecken mußte. Einmal hatte der Vater im Zorn nach ihm getreten. Diese Szene war ihm besonders eindrücklich geblieben. Dazu kommt nun noch eine sehr starke Liebe zur Mutter und der Wunsch, sie in irgend einer Weise gegen den Vater zu schützen. Er hatte als Kind nach dem „Fußtritt" oft das Bedürfnis gehabt, in Zwiespältigkeitsfällen zwischen den Eltern, den Vater auch zu treten. Unter den Gegenwartsursachen für seinen Tic stand dann noch an erster Stelle der glühende Wunsch, aus seinem militärischen Verhältnis, das ihm als eine ähnliche Fessel wie das Verhältnis zum Vater vorkam, herauszukommen. Nach Aufklärung über diese Punkte dauerndes Verschwinden des Tics.

Sehr beherzigenswerte Ratschläge für die Übungsbehandlung der Tics geben auch Meige und Feindel. Aber mit Übungen allein wird man in den seltensten Fällen auskommen, so häufig gerade bei den Tics körperlich auslösende Ursachen mitwirksam sind. Die psychische Seite muß immer mit berücksichtigt werden. Man denke z. B. an den häufigen Tic der Halsmuskulatur, der anfangs durch unbequemes Sitzen irgend eines Kleidungsstückes hervorgerufen, psychisch sehr leicht fixiert wird. Ein Beispiel dieser Art ist das folgende, das ich in meiner Bearbeitung der Tics (208) schon mitgeteilt habe:

Eine Dame mit 50 Jahren kommt wegen starken Blinzeltiks in meine Behandlung. Die nächste Ursache des Tiks war, daß ihr Ehemann ihr vor vier Jahren plötzlich beim Mittagessen die Mitteilung „an den Kopf geworfen" hatte, daß ihr väterliches Geschäft dem Bankerott nahe sei. Das war ihr sehr peinlich, weil es gerade ihre Verwandten waren, die ihrem Mann Unannehmlichkeiten machten. Der Mann war darüber erregt; das steigerte ihren Affekt, und sie bekam jedesmal beim Mittagessen, in der Angst, er könne wieder Unangenehmes bringen, den Tik. Allmählich trat er aber, da die affektbetonte Situation anhielt, den ganzen Tag über bei jeder kleinen Erregung auf. Die Schwester der Dame ist blind; Patientin hatte sich darüber lange Zeit sehr gegrämt, und ihre Aufmerksamkeit war dadurch frühzeitig auf die Augen sozusagen eingestellt, d. h. dem Affekt doch auch dadurch eine besondere Ausdrucksmöglichkeit geschaffen worden. Außerdem hatte sie einige Jahre vor Ausbruch des Tiks gerade auf dem Auge, das am stärksten vom Tik betroffen war, eine erhebliche Verletzung durch einen ihr ins Gesicht schlagenden Zweig erlitten. Endlich gab sie spontan an, daß es ihr auffalle,

wie lebhaft die Tik besonders dann auftauche, wenn sie sich der Differenzen zwischen ihrem Mann und ihrem Schwager erinnere, welch letzteren sie in mancher Hinsicht dem ersteren vorziehe. Das mache sie sich dann aber immer wieder zu einem schweren Vorwurf.

Man sieht, wie in diesem Falle frühzeitige psychische, spätere körperliche Bahnung den Tic vorbereitet, wie dann der Tic gleichsam als eine Abwehrbewegung gegen einen Schreck (man beachte auch die Bedeutung des sprachlichen Ausdrucks „an den Kopf werfen" für die Lokalisation!) auftritt und nun durch weiteren Affekt unterhalten wird. Er ist im Anschluß an die eingehende Besprechung über diese Entstehungsweise und natürlich unter gleichzeitiger Hemmungsgymnastik völlig verschwunden, während die letztere allein zuerst zu keinem Ziele geführt hatte.

Die lokalisierten Muskelkrämpfe bilden in manchen Fällen ein dankbares Feld für eine kombinierte psychophysische Behandlung. Hier tut oft eine Verbindung von Medikamenten, die allgemein beruhigend wirken, speziell von Brom und Skopolamin, mit einfacher Galvanisation und lang ausgedehnter Hypnose gute Dienste. Die schwereren Formen, soweit sie nicht anatomisch bedingt sind, lassen sich ebenfalls nur psychoanalytisch angreifen. Das gilt besonders von Krampfzuständen des Zwerchfells und von dem Schlund- und Speiseröhrenkrampf. Der Schreib-, Klavierspieler- und Violinspielerkrampf ist meiner Erfahrung nach fast immer durch eine gewisse körperliche Anstrengung ausgelöst. Aber ebenso regelmäßig pflegen die Wirkungen der letzteren psychisch festgehalten und benutzt zu werden. Fast immer handelt es sich dabei um eine Abwehr gegen irgend welche beruflichen Unannehmlichkeiten. Häufig sind es pedantische oder kleinlich gewissenhafte Menschen mit einer etwas subalternen Einstellung dem ganzen Leben gegenüber. In körperlicher Beziehung wirkt eine regelmäßige systematische Gymnastik und vor allem die überhaupt für alle Krampfzustände wichtige Entspannungsübung in vollkommener Ruhelage günstig. In meiner Darstellung der Beschäftigungsneurosen (208) habe ich schon auf die Notwendigkeit eingehender psychoanalytischer Behandlung vieler dieser Fälle hingewiesen. Ein Beispiel für die Zusammenhänge ist folgendes:

Herr P., Buchhalter, 40 Jahre, seit 2 Jahren Schreibkrampf in der Form, daß, sobald er anfängt, zum Schreiben anzusetzen, ein heftiges Zittern und krampfhaftes Spannen in der Muskulatur der rechten Hand auftritt, das sich namentlich, wenn ihm andere zusehen, und ganz besonders, wenn es Vorgesetzte sind, so steigert, daß er kein Wort mehr zu schreiben vermag. 1900 ist ihm ein Stein auf den Kopf gefallen. Er hatte danach bis 1915 epileptiforme Anfälle. Seit dieser Zeit sind letztere nach Operation verschwunden. Er habe in der Schule immer ganz besonders gut geschrieben und sei in der Schule deswegen oft gelobt und seine Schrift als nachahmungswert herumgezeigt worden, was damals seinem Ehrgeiz sehr wohl getan habe. Mit 16 Jahren wurde er einmal von seinem Lehrchef wegen eines Briefes, den er besonders flüchtig geschrieben hatte, verhauen. Vor dem eigentlichen Aus-

bruch der Erkrankung ging eine lange Zeit dauernde, sehr intensive Mehrarbeit für zwei andere Firmen einher, die er nachts leistete und bei der er sehr viel zu schreiben hatte. Dann sollte er eines Tages als Mitglied des Betriebsrates Forderungen an seinen sehr kühlen und wenig zugänglichen Chef überbringen und diese für ihn schriftlich fixieren. Dabei wurde das ohnedies schon in Andeutung vorhanden gewesene Zittern plötzlich so stark, daß von da an die Störung dauernd blieb. Kurze Zeit vorher hatte er in einem Vortrag über Hypnose gehört, daß es einen sogenannten Violinspielerkrampf gäbe, und daß dieser nur durch Hypnose heilbar sei. Das gab ihm einen großen Schock, zumal er keine Gelegenheit hatte, sich der Hypnose zu unterziehen. In dieselbe Zeit fiel ein Erlebnis mit der Frau eines Kollegen, die ihm bei einem Besuch Likör anbot. Sie war ihm erotisch sehr reizvoll. Er befand sich in einer gewissen Erregung und zitterte, als er das Glas zum Munde führte, worauf sie ihrem Mann lachend sagte: „Nun sieh mal bloß, was der Mann zittert.“ Darüber erregte er sich sehr und brachte es von da an nicht mehr fertig, ein Glas zum Munde zu führen, ohne zu zittern. Auch der Schreibkrampf verstärkte sich akut. Endlich erregte ihn um dieselbe Zeit herum ein anderes Verhältnis zu einer jüngeren Frau, bei dem es allerdings nur bis zum Küssen gekommen sei, worüber er sich aber doch starke Vorwürfe gemacht habe. In einer der nächsten Sitzungen kommt er dann auf die Onanie zu sprechen, die ihm furchtbare Sorge gemacht habe, weil er viel Schlimmes darüber gehört und gelesen habe. Bei Gelegenheit der Anwesenheit in einem Steinach-Film sah er das Greisenzittern im Bilde vorgeführt und fragte sich sofort, ob das bei ihm nicht auch auftreten würde, da er doch durch seine „jugendlichen Ausschweifungen“ sicher schon greisenhaft geworden sei. Besonders erregt hat ihn seinerzeit die Tatsache, daß ein Teil seiner Mitschüler von der Volksschule auf die höhere Schule abgehen konnte. Er hat sich dadurch schwer zurückgesetzt gefühlt und wäre sehr gern selber auch auf eine höhere Schule gekommen. Überhaupt sei sein Ehrgeiz immer enorm stark gewesen und durch dieses Erlebnis besonders angepeitscht worden. Der Ehrgeiz ist auch einer der Hauptgründe, weshalb ihm jetzt seine Berufstätigkeit so schwer wird. Der Prokurist der Firma, ein älterer Mann, hat die Gewohnheit, ihn zuerst auszuhorchen und dann seine Mitteilungen als eigene zu verwenden. Dadurch fühlte er sich dauernd zurückgesetzt. Dieses Gefühl sozialer Minderwertigkeit ist allerdings dadurch bei ihm noch erheblich gesteigert worden, daß er eine Zeitlang in einem Geschäft tätig war, wo sein Bruder und sein Vater untergeordnete Stellungen als Diener und Bote inne hatten. Es gab dauernd Kämpfe zwischen ihm und den anderen Bureauinsassen, wenn diese letzteren seine beiden Angehörigen anschnauzten oder sie sonst schlecht behandelten. Im Anschluß daran fallen ihm noch allerlei Kleinigkeiten aus der Kindheit ein, z. B. wie ihm mal Spielzeug von größeren Jungen abgenommen wurde, weil er zu klein war, um sich verteidigen zu können, wie er mal in der Not in der Schule gemogelt und dann eine ihn sehr beschämende Rüge dafür erhalten hatte u. a. m. Unter diesen Umständen hat sich bei ihm ein sehr starker Ehrgeiz entwickelt, der sich in der Schule, z. B. auch beim Turnen, später in seinen Privatstudien in einer Reihe von Versuchen äußerte, sich in Stenographie als Schnellschreiber hervorzutun, in sprachlichen Dingen besondere Fortschritte zu machen usw. Am Tag nach diesen Mitteilungen schreibt er mir zum erstenmal vor, und zwar sehr viel besser. Er macht dabei noch einige andere Mitteilungen, die für die bei ihm vorhandene Neigung zu unwillkürlichen Reaktionen charakteristisch sind:

im Anschluß an die Reizung durch einen zu hohen Kragen, dessen Unbequemlichkeit er durch Halsbewegungen zu beseitigen versuchte, hatte er einmal eine Zeitlang einen ausgesprochenen Tik der Halsmuskulatur. Dann spuckte er einmal eine Zeitlang ununterbrochen bei allen möglichen Gelegenheiten, bis ihm das seine Mutter, als er auch in das Zimmer zu spucken anfing, mit großer Energie abgewöhnte. Neuerdings pflegt er sich in einer gewissen Erregung dauernd intensiv zu räuspern. Letzteres erweist sich als ein Symptom, dessen Sinn offenbar ein Widerstand gegen Zurücksetzung ist. Er gibt nämlich an, daß ihm das besonders aufgefallen sei, wenn er sich mit dem Prokuristen unterhalte.

Nachdem die Behandlung anfangs gute Fortschritte gezeitigt hatte, trat einmal für einige Tage eine auffallende Verschlechterung ein. Als Grund ließ sich ein Brief der Frau feststellen, der ihn verstimmt hatte. Er erzählt dann, daß er oft starke Differenzen mit ihr habe, daß sie dann tagelang nichts miteinander redeten. Auch sei die Frau einmal sehr eifersüchtig gewesen, als eine andere Frau ihm nachstellte. Die Erkenntnis der heftigen Abwehr gegen die Frau und der dadurch gegebenen Neigung, für sie nichts zu arbeiten, d. h. sich Berufshemmungen zu schaffen, wirkt weiter bessernd auf seinen Zustand ein. Als er im Verlauf dieser Besprechung über seine Frau eines Tages ein leichtes Zittern in der rechten Hand bekommt, wird er sofort aufgefordert, sich über die dabei auftauchenden Vorstellungen zu äußern und erklärt unter Lachen, er habe gestern beim Gedanken an seine Frau das Gefühl gehabt, er möchte sie mal hauen. Die Tendenz, den rechten Arm in diesem Sinne zu benutzen und die Selbstbestrafung dafür in der Form der Krankheit ist ihm bei dieser Gelegenheit besonders einleuchtend zu demonstrieren. Nach Verlauf von 14 Tagen war der Schreibkrampf so weit gebessert, daß P. entlassen werden konnte, und er hat zu Hause dann weiter an sich gearbeitet, ohne daß von meiner Seite noch viel nachzuhelfen gewesen wäre. Der Erfolg ist, soweit ich bisher sehen kann, ein dauernder.

Das Stottern.

Das Stottern wird von den verschiedenen Autoren bald als spastische Koordinationsneurose, bald als Beschäftigungsneurose, bald als Organneurose aufgefaßt. Unter dem Einfluß Gutzmanns hat man meiner Ansicht nach die Bedeutung psychischer Faktoren dabei unterschätzt und den Übungen einen zu großen Raum in der Behandlung eingeräumt. Die Tatsache, daß das Sprechen eine so unendlich häufig geübte Muskelfunktion ist, daß es in ganz besonders starkem Maße mit seelischen Vorgängen in Beziehung steht, die wesentlichste Ausdrucksmöglichkeit seelischer Vorgänge ist und deshalb jede seelische Spannung und Störung sich besonders leicht darin widerspiegelt, macht das Stottern zu einer recht schwer angreifbaren Störung. Denn wenn einmal der Sprachapparat in Unordnung geraten ist, so ist das Festhalten einer falschen Gewöhnung hier ganz besonders leicht möglich und andererseits die Gegenübung durch tausend psychische Störungen besonders erschwert.

Man kann die Fälle in solche einteilen, die schon vom Beginn des Sprechenlernens an in ausgesprochenem Maße bestehen, und andere, die

wesentlich später einsetzen. Im ersteren Falle ist die Prognose fast immer ungünstig, weil eine andere Sprachgewohnheit überhaupt nicht als Gegenvorstellung aufgeboten werden kann. Dagegen läßt sich bei den übrigen Fällen, wenngleich nicht selten eine gewisse Disposition zu gelegentlichen Rückfällen bei stark affekterregenden Gelegenheitsursachen vorhanden bleibt, im ganzen durch eine Verbindung von Sprachübungen und systematischer psychischer Einwirkung Gutes erreichen. Der Stotterer ist an sich fast immer ein stark neuropathischer Mensch und wird durch sein Leiden in einer ungewöhnlichen Weise verbittert, verärgert und scheu. Ohne eine eingehende Erfassung der Gesamtpersönlichkeit ist also in diesen Fällen nichts zu erreichen, daher auch die verhältnismäßig geringen Erfolge einfacher Übungsbehandlung, die in Atmungsübungen, Phonations- und Artikulationsübungen, sowie in einer gewissen Hilfe beim Ansatz der einzelnen Buchstaben besteht. Die Hypnose tut häufig gute Dienste, und zwar sowohl in der Form, daß man fließendes Sprechen darin suggeriert und üben läßt, wie auch in der Form der kathartischen Methode. Besonders Frank hat darauf hingewiesen, welch günstige Resultate er auf diese Weise erzielt hat. Bei den ganz schweren Fällen muß eine lange dauernde, bis zu den Kernkomplexen vordringende Psychoanalyse vorgenommen werden.

Störungen der Harnentleerung.

Hierher gehören vor allem die Enuresis nocturna und diurna. Man unterscheidet bekanntlich beim Bettnässen und Einnässen eine sensible von einer motorischen Form und eine, die aus einem krankhaft tiefen Schlaf erwächst von einer anderen, wo durch irgend welche seelischen Erregungen der Schlaf gestört wird.

Bei der sensiblen Form wird der Abgang von Urin nicht bemerkt; bei der motorischen können die Schließmuskeln nicht normal in Funktion treten, trotzdem der Urindrang wahrgenommen wird. Dementsprechend muß man auch in der Behandlung verschieden vorgehen. Bei der motorischen Form, bei dem Einnässen am Tage, handelt es sich vor allem darum, die Blase darin zu üben, daß sie immer größere Mengen halten lernt. Das geschieht durch eine allmählich zunehmende zeitliche Verschiebung der einzelnen Termine der Harnentleerung. Man kommt auf diese Weise, wenn man gleichzeitig eine Aufklärung über das Wesen der Urinentleerung damit verbindet, in solchen Fällen fast ausnahmslos rasch zum Ziel.

Auch die Fälle der sensiblen Form der Enuresis diurna sind im ganzen relativ leicht, wenn auch nicht ganz so einfach in Ordnung zu bringen. Hier hilft eine einigermaßen tiefe Hypnose, in der die Empfindungen der Blasenfüllung, des dadurch gesetzten Unbehagens und das danach auftretende Bedürfnis zur Harnentleerung durch anschauliche Suggestion hervorgerufen wird. Häufig ist es in diesen Fällen nötig, irgend einen

stärkeren körperlichen Reiz, sei es kräftiges Faradisieren der Blasengegend oder sonst eine schmerzhafte Einwirkung, damit zu verbinden. Es kommt dann zur Ausbildung einer Assoziation zwischen dem Gefühl der Blasenfüllung und der Angst vor dem Schmerz. Doch muß man, worauf hier besonders hinzuweisen ist, dabei auf die Art des Patienten Rücksicht nehmen, sofern sehr sensible Menschen häufig gerade durch diese Angst in irgend welche Trotzreaktionen hineingetrieben werden und nun erst recht die Störung weiter produzieren.

Letzterer Punkt kommt ganz besonders stark beim nächtlichen Bettnässen in Betracht. In manchen Fällen gelingt es, wie bei der Beseitigung des Onanierens, einfach dadurch, daß man dem Kranken die Angst vor dem Eintritt des Bettnässens nimmt, dieses selbst zu beseitigen. Bei der motorischen Form gibt man in der Hypnose die Suggestion mehrmaligen Erwachens in der Nacht, indem man sofortiges Erwachen bei geringstem Druck in der Blasengeegend, aufstehen, Urin entleeren und wieder zu Bett gehen suggeriert. Allmählich werden die Termine immer weiter hinausgeschoben, bis der Kranke die ganze Nacht durch schläft. Natürlich müssen auch hier häufig Schmerzreize oder sonstige unangenehme Prozeduren, wie abendliche kalte Packungen oder Entziehung von bestimmten Lieblingsspeisen, „die erst wieder vertragen werden, wenn die Blase gut funktioniert", damit verbunden werden. Bérillion hat vorgeschlagen, falls man damit nicht weiterkomme, in tiefer Hypnose Schlaflosigkeit und Einstellung der Aufmerksamkeit auf die Urinentleerung hervorzurufen und allmählich wieder länger schlafen zu lassen. Das halte ich zum mindesten für eine fragwürdige und unter Umständen gefährliche Sache.

Bei der sensiblen Form ist die Hauptsache, im hypnotischen Zustand eine starke Fähigkeit zur Wahrnehmung schon geringer Mißempfindungen in der Blasengegend hervorzubringen. Im übrigen gilt für alle Formen des Einnässens und Bettnässens, daß sie ganz besonders oft in den Dienst kindlichen Trotzes und kindlicher erotischer Wünsche gestellt werden, häufig geradezu ein Ersatz für das am Tage verbotene Onanieren sind und gar nicht selten durch ein unzweckmäßiges Verhalten der Eltern stark gefördert werden, indem z. B. die Mutter das Kind regelmäßig nach Einnässen zu sich ins Bett nimmt und es auf diese Weise daran gewöhnt, diese Störung als Mittel zur Erlangung von Lust zu benutzen. Man kommt daher in hartnäckigen Fällen häufig nur dann weiter, wenn man auch die gesamten häuslichen Verhältnisse, die Einstellung zu den Eltern und die der Eltern zu den Kindern berücksichtigt, kurz, einigermaßen analytisch vorgeht. Dasselbe gilt übrigens auch für die Fälle von Einnässen und Bettnässen bei Erwachsenen, die ja im Kriege geradezu epidemisch auftraten (vgl. dazu meine Abhandlung (198)).

Onanie.

Es gibt wohl wenige Gebiete, auf denen eine verständige Psychotherapie verbunden mit vernünftigen körperlichen Maßnahmen so erlösend wirken kann, wie gerade auf dem der Onanie. In einer Häufigkeit, von der nur derjenige eine Ahnung hat, der die Menschen gründlich zu erforschen versteht, ist diese sexuelle Betätigungsform die Wurzel unzähliger nervöser und im weiteren Verlauf auch organischer Störungen. Falsche Erziehung, die nur darauf ausgeht, alles Sexuelle durch strengste Verpönung aus dem Bewußtsein auszuschalten, zusammen mit einer geradezu gemeingefährlichen populären Literatur schaffen hier eine Atmosphäre der Angst und des Schreckens, die für eine große Zahl von Menschen dauernde gesundheitliche Schädigung mit sich bringt. Darüber, daß die Onanie als körperliche Betätigung an sich weder etwas Krankhaftes ist, noch auch innerhalb der üblichen Grenzen körperlich schädigende Folgen hat, besteht unter eingeweihten und ehrlichen Ärzten kein Zweifel. Viel zu oft noch wird aber auch von ärztlicher Seite auf diesem Gebiet schwer gesündigt, indem nicht nur die Angstvorstellung im Laienpublikum wach erhalten, sondern durch Schilderung der körperlichen Schädigungen gesteigert wird. Auch wird immer wieder der Fehler begangen, Ursache und Wirkung zu verwechseln, indem z. B. das maßlose Onanieren der Schizophrenen oder anderer Geisteskranker als die Wirkung des Onanierens aufgefaßt wird, während doch in Wirklichkeit die geistige Erkrankung die Ursache ist. Die Onanie ist der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein vorübergehender Notbehelf in Zeiten starker sexueller Erregung und in vielen anderen Fällen eine durch Zufälligkeiten hervorgerufene schlechte Angewohnheit. Zur Behandlung kommen aber nur die, wo sich an die Onanie starke Schuldgefühle angeschlossen haben, die nun ihrerseits Selbstbestrafungstendenzen in Form von Angst vor den Folgen und damit verbundene psychogene Symptome nach sich ziehen.

Das Erste, was daher zu tun ist, wäre eine Beseitigung der Angst durch Aufklärung darüber, daß sie unbegründet ist, und eine Lösung der Schuldgefühle, indem man dem Betreffenden sagt, seine Gewohnheit sei zwar etwas nicht Erwünschtes, aber doch etwas Allgemeines, und er habe deshalb keine Ursache, sich für besonders schlecht und verworfen anzusehen. Diese Aufklärung pflegt in vielen Fällen schon an sich zu einem Nachlassen des Onanierens zu führen, weil in den Zirkel zwischen dem Drang zur sexuellen Betätigung, zwangsmäßiger Beschäftigung der Gedanken mit deren Folgen und dadurch hervorgerufener Steigerung der allgemeinen Affektivität eine gründliche Bresche gelegt wird. Ist eine Lösung dieser starken Spannung geschehen, so kann man jetzt erst mit Aussicht auf Erfolg an die bewußte Willensmitarbeit appellieren, indem man den Kranken gleichzeitig auffordert, Rückfälle ruhig mit dem Arzt

zu besprechen und als etwas im Anfang Selbstverständliches hinzunehmen. Auf diesem Gebiet zeigt sich so recht deutlich die Unsinnigkeit des Appells an den Willen, solange man die inneren Spannungen eines Menschen nicht gelöst und ihm überhaupt einmal die Möglichkeit, wollen zu können, dadurch verschafft hat.

In Fällen exzessiven Onanierens kommt man freilich auf diesem Wege auch nicht weiter, weil hier die Ursachen gewöhnlich viel tiefer liegen. Gar nicht selten handelt es sich z. B. um eine ausgesprochene Trotzreaktion. So hat mir ein Patient versichert, daß er jedesmal nach einer Enttäuschung, namentlich nach einer von ihm als lieblos empfundenen Behandlung seitens seiner Angehörigen, tagelang mehrmals hintereinander zu onanieren gezwungen sei. Da in solchen Fällen die Onanie die Grundlage bildet für ein gesteigertes Leben in der Phantasie, für Flucht aus der Realität und für das Festhalten an einer kindlichen Reaktionsweise überhaupt, so muß man psychoanalytisch gründlich vorgehen, um das Übel zu beseitigen. In den einfachen Fällen kann man dagegen, namentlich bei Kindern, auch mit Hypnose recht Gutes erreichen.

Immer wird man zweckmäßigerweise mit der psychischen Einwirkung eine körperliche Behandlung verbinden: systematische Gymnastik, reichliche Bewegung in frischer Luft, starke Ablenkung durch Sport und im Anfang manchmal Herabsetzung der sexuellen Erregbarkeit durch beruhigende Mittel (Brom, leichte Luminalgaben und Kaltwasserprozeduren sowie Einschränkung der Fleischkost).

Auch die oft recht schweren und eigentlich immer auf psychischem Wege entstehenden Folgen allzu häufiger Pollutionen lassen sich durch eine psychophysische Behandlung so gut wie regelmäßig restlos aufheben, indem man vor allem die Angst vor diesen Folgen und die falschen Vorstellungen sonstiger Art, die sich damit verknüpfen, wegnimmt. Es ist übrigens auffallend, wie häufig vor allem beim weiblichen Geschlecht die Fälle sind, wo halb im Schlaf geschehende onanistische Manipulationen sich als Ersatz bewußter Onanie finden. Die enorm starke Tendenz, ohne Schuld Lust zu suchen, führt auch hier dazu, daß der betreffende Mensch die Gelegenheit eines halbbewußten Zustandes benutzt, sich seine Wünsche zu erfüllen. Manchem Patienten läßt sich gerade an Hand solcher Erfahrung erst deutlich machen, was sich an Wünschen dieser Art in ihnen abspielt und wie sie durch den Schuldbegriff gezwungen werden, die Wahrheit darüber vor sich selbst zu verheimlichen.

Die Störungen der männlichen Potenz.

Die Störungen der männlichen Potenz in ihren verschiedenen Formen als Unfähigkeit zur Erektion, als Ejaculatio praecox, als Unfähigkeit der Ejakulation während des Aktes bei normaler Erektion sind in so weitem Ausmaße psychischer Natur, daß man ohne eine

Berücksichtigung dieses Faktors dauernd nichts erreichen kann. Auch die Fälle, in denen eine organische Grundlage wie Tabes, Diabetes, Gicht, Tabakmißbrauch, Fettsucht, Alkoholismus, Arteriosklerose oder allgemeine körperliche Schwäche vorhanden ist, zeigen meist eine starke Beteiligung der seelischen Seite. Auch hier gelingt es oft noch lange, die Potenz wieder zu heben, wenn man das berücksichtigt. Natürlich darf man die körperliche Seite in diesen, wie auch in den wesentlich psychogenen Fällen nicht vernachlässigen. Sie wird durch physikalische und chemische Einwirkungen, warme Sitzbäder, wechselwarme Duschen auf die Lenden- und Genitalgegend, gelegentlich auch Diathermie, sowie durch Darreichung von Mitteln, die allgemein tonisierend wirken oder angeblich spezifisch, wie Yohimbin, Testogan u. a., endlich auch durch entsprechende Diät gefördert. Gerade hier ist die Beachtung der Benutzung von Schwellenwertsreizen und sonstigen, im Kapitel IV, 1. besprochenen Methoden besonders wirksam. Eingreifende lokale Maßnahmen, wie die Anwendung der Kühlsonde oder gar die Ätzung des Samenhügels, vermeide man dagegen bei nervösen Menschen besser ganz, suche letztere im Gegenteil möglichst von der Beachtung ihrer Geschlechtsorgane abzulenken. Die frühere, wesentlich urologische Behandlung hat auf die Dauer meist versagt und sicher manchen Neurastheniker gezüchtet. Selbstverständlich gibt es Fälle, wo alte körperliche Reizzustände nach Urethritis, Prostataerkrankungen usw. die Ursache bilden; aber auch in diesen ist meist die falsche Reizverarbeitung das weitaus Überwiegende. Das zuletzt Gesagte gilt ganz besonders auch von den Fällen von Spermatorrhöe und Prostatorrhöe, die ja so gut wie ausschließlich eine psychische Verarbeitung körperlicher Reizzustände darstellen.

Erwähnt sei auch noch, daß der Aspermatismus sicher in nicht ganz wenigen Fällen ein psychisch mitbedingter Zustand ist, der also auch von dieser Seite angegangen werden muß.

Die seelische Behandlung hat von der Tatsache auszugehen, daß die psychische Struktur der an Potenzstörungen erkrankenden Menschen meist eine ziemlich klar bestimmte ist. Es handelt sich gewöhnlich um Menschen mit einer allgemein lebhaften Empfindsamkeit bei starker Neigung zu Schuldgefühlen und daraus resultierenden Minderwertigkeitsgefühlen, zu schüchternem und befangenem Auftreten und mit einer stark hypochondrischen Verarbeitung aller Reize. Daß solche Personen nicht selten durch das Bestreben zur Kompensation dieser Eigenschaften manchmal nach außen das gerade Gegenteil, also eine gewisse übertriebene Energie, Kraft und Sicherheit zeigen, darf über die eigentliche Grundlage nicht täuschen. In den frühkindlichen Erlebnissen solcher Menschen spielt die Onanie mit daran sich anschließenden Schuldgefühlen und Selbstbestrafungstendenzen meist eine große Rolle. Diese wirken beim sexuellen Akte in der Form, daß in dem Augenblick des Versuchs das alte, dem Kinde eingeprägte Ver-

bot: „Du darfst nicht" samt der Angst vor der Strafe als Hemmung in Tätigkeit tritt. Dazu kommt dann noch die in diesen Fällen fast nie fehlende starke Bindung des betreffenden Menschen an einen Elternteil, so daß er die kleinste Abweichung vom körperlichen Ideal des Vaters bzw. der Mutter, als Mangel, als geradezu abstoßend empfindet. Daß auch manchmal gerade in solchen Fällen der sogenannte Kastrationskomplex hereinspielt, d. h. die meist unterbewußt bleibende Angst des Kindes vor der Entmannung wegen sexueller Vergehen oder sexueller Phantasien, ist nicht zu leugnen, nicht minder aber auch die andere Tatsache, daß eine gewisse Angst vor Blamage, eine allgemeine Unsicherheit dem Weibe als einem völlig andersartigen Wesen gegenüber, die sich sicher häufig an die Autoritätsgefühle der Mutter gegenüber anschließt, mit hereinschwingen. Die Auseinandersetzung mit dem Geschlechtlichen ist eben für viele Menschen eine Lebensaufgabe, deren Bewältigung ihnen auf Grund der Erziehung und Charakteranlage erschwert ist und die durch die in der Kindheit erworbenen falschen Vorstellungen und Erwartungen betreffs des Geschlechtsaktes weiter erschwert wird. Kommen dann noch tatsächliche Schwierigkeiten dazu, z. B. etwas enger Scheideneingang, Schmerzen, allgemeine psychische Abwehr oder auch zufällige äußere Umstände, wie Überraschtwerden in einer peinlichen Situation und Ähnliches, so kommt es zu der hinreichend geschilderten Wechselwirkung zwischen Physischem und Psychischem.

Herr J., Apotheker, kommt mit Klagen über eine besondere Art von Impotenz. Erektion und Einführung sind vollkommen normal. Die Kohabitation kann auch beliebig lange ausgeführt werden, aber die Ejakulation kommt nicht zustande, sie erfolgt indessen sofort, wenn der Penis aus der Scheide zurückgezogen wurde. Als Grund ergibt sich im wesentlichen folgender: Patient ist Kind eines Trinkers und hat sich selbst dem Trunk ergeben, leidet darunter sehr und hat eine unendliche Furcht, auch trunksüchtige Kinder zu erzeugen. Diese Angst tritt im Augenblick des Verkehrs mit größter Stärke auf. Die körperliche Ursache der Potenzstörung ist hier also der Alkoholismus. Er wird aber von der psychischen Seite her so wesentlich unterstützt, daß diese in Wirklichkeit die ausschlaggebende und auch diejenige war, von der aus allein man angreifen konnte, namentlich da der Alkoholismus seinerseits ebenfalls, wie so oft, psychisch bedingt war.

Im wesentlichen genau dasselbe gilt von der sogenannten Geschlechtskälte und dem Vaginismus der Frau, nur daß hier durch die außerordentlich viel größere Sensibilität und Vulnerabilität des Weibes, durch ihre, in wesentlich engeren Grenzen gehaltene Erziehung und durch die bedeutend engeren sozialen Schranken alle Verhältnisse noch viel komplizierter werden. Danach muß die Behandlung eine im wesentlichen psychoanalytische sein, wobei man gelegentlich mit gutem Erfolg auch die Hypnose heranziehen kann. Damit Hand in Hand muß selbstverständlich eine allgemeine Aufklärung über das Wesen sexueller Störungen, über

die Bedeutung der Erwartungsvorstellung und über das Wesen psychischer Hemmungen überhaupt gehen. Wichtig ist auch, die Lektüre entsprechend auszuwählen, um dem Patienten dadurch eine gewisse Anregung zu normaler Erotik und eine gewisse erotische Spannung zu geben.

Bei den Fällen von erektiver Hemmung (beim Weibe im Falle von Frigidität) ist eine Zeitlang sexuelle Abstinenz geboten, und es empfiehlt sich dann, daß der Patient die erste sexuelle Betätigung bei Gelegenheit und unter dem Einfluß irgend welcher allgemein erfreulichen und anregenden Eindrücke, einer gemeinsamen Vergnügungsreise, nach gesellschaftlich anregenden Unterhaltungen und zugleich unter dem Einfluß nicht zu großer Mengen Alkohols versucht, die ihm die Hemmungen einigermaßen zu überwinden erleichtern. Dagegen ist bei Ejaculation praecox eine regelmäßige sexuelle Übung das Gegebene, und man muß dem Patienten klarzumachen verstehen, daß es auch auf diesem Gebiet möglich ist, durch allmähliche Gewöhnung eine Übung zu erreichen, die zu gutem Erfolg führt. Beim Vaginismus muß eine taktvolle Verbindung von Rücksicht und konsequenter Gewöhnung seitens des Mannes an allmählich zunehmende Zärtlichkeiten in langsamem Angriff das Ziel zu erreichen suchen. Plötzliche Angriffe pflegen verschlimmernd zu wirken. Ganz allgemein ist es unbedingt nötig, in allen Fällen von sexuellen Störungen dem Patienten eine natürliche Auffassung des ganzen sexuellen Lebens beizubringen und ihm einen möglichst klaren Einblick in die absolute Verlogenheit der üblichen Sexualmoral zu geben.

Bei einer Patientin erlosch von dem Augenblicke an, wo sie ihren Vater tot im Sarg hatte liegen sehen, die Libido absolut und für Jahre, bis sie zu mir in Behandlung kam. Sie hat den Vater immer restlos bewundert, und er war ihr in allem das Ideal. Ihr Ehemann dagegen war ihr, wie sie selbst angibt, immer nur als etwas dem Vater gegenüber gänzlich Minderwertiges, dagegen körperlich in gewisser Beziehung Reizvolles erschienen. Nach dem Tode des Vaters fand sie ihn auch körperlich nicht mehr begehrenswert und fühlte sich im ganzen von ihm abgestoßen.

Wenn wir uns fragen, wie dieser Tatbestand zu erklären ist, so wird man kaum eine andere Möglichkeit der Erklärung angeben können als folgende: Solange der Vater lebte, war er für sie das Liebesobjekt an sich. Daß dabei auch ihre Erotik beteiligt war, konnte und durfte ihr indessen nicht bewußt werden. Die Libido war aber stark genug, um trotzdem sich nach einer anderen Seite wenigstens körperlich durchzusetzen. Nach dem Tode des Vaters ändert sich die Situation insofern, als sie 1. infolge der Trauer um ihn zunächst an sich in einem depressiven, also libidinösen Regungen ungünstigen Zustande sich befindet und 2. als die Liebe zum Vater auch in ihrer körperlichen Bedingtheit (d. h. die Sehnsucht nach körperlichem Zusammensein mit ihm) sich deutlicher zeigen mußte und konnte (da sie jetzt ungefährlich war). Zugleich wird ihr nunmehr, wo sie keine Gelegenheit mehr hatte, ihre geistigen Bedürfnisse beim Vater zu sättigen, völlig klar, wie wenig ihr ihr Mann in Wirklichkeit gewesen war, und die daraus entspringende Abwehr gegen ihn geht natürlich auf das sexuelle Gebiet über. Endlich bedeutet das Aufhören

der Libido zu gleicher Zeit eine Art von Opfer, das den Manen des Vaters dargebracht wird, um so mehr als sie neben aller Liebe zu ihm natürlich auch gelegentlich unbewußte Verbitterung und Wutgefühle hatte, da er außer ihr gegenüber auch noch einer anderen Schwester gegenüber immer sehr gütig gewesen war.

Man sieht, wie kompliziert diese Zusammenhänge sind und daß solch ein Erlöschen der Libido meist eine Reihe von Ursachen zu gleicher Zeit hat.

Frau F., 28 Jahre, seit 6 Jahren verheiratet, früher immer gesund, von Jugend auf sehr verwöhnt, besonders vom Vater, kommt, weil sie beim Verkehr vollkommen empfindungslos sei, vor allem aber zeitweise außerordentlich starke Schmerzen dabei habe, die sie verhinderten, auch nur daran zu denken. Daneben besteht aber eine sehr große Sehnsucht nach dem Kinde; die Hoffnung, daß es doch möglich sei, ein Kind zu bekommen, hat sie vor allem zu mir geführt. Im ganzen sehr nervös und reizbar, körperlich nichts Besonderes, vor allem gynäkologisch nichts. Sie ist schon vielfach mit allerlei Beruhigungsmitteln und auch kleineren gynäkologischen Eingriffen behandelt worden, aber ohne Erfolg.

1. Sitzung: Den Mann liebt sie psychisch, physisch hat sie keine Gefühle für ihn. Vor 6 Jahren war sie mit einem Herrn beinahe verlobt, mußte das Verhältnis aufgeben, weil er anderer Konfession war, hat aber das Gefühl, immer noch nicht ganz von ihm los zu sein. Es wäre nur möglich gewesen, ihn zu heiraten, wenn sie mit den Eltern gebrochen hätte. Mit ihnen stand sie aber sehr gut. Außerdem heiratete in derselben Zeit eine Schwester, und der Vater mußte dabei schon Zuschuß geben, so daß auch dadurch Unmöglichkeit der Heirat für sie gegeben war. Das Verhältnis zu den Angehörigen sei sehr gut. Mit den Schwestern stehe sie noch besser als mit den Brüdern, weil die letzteren Frauen haben, die ihr nicht so sehr zusagen. Das Heimweh nach der eigenen Familie sei auch jetzt noch bei ihr immer sehr groß. Die Eltern sind äußerlich ziemlich herb, sie steht aber besonders gut mit dem Vater, namentlich in den letzten Jahren, als sie als Jüngste allein zu Hause war.

Bewußt habe sie zum erstenmal vor 6 Jahren, als sie den betreffenden Herrn kennen lernte, sexuelle Regungen empfunden, vorher angeblich nie. Mit 14 Jahren wurde sie von einem jungen Mann im Walde überfallen; der umarmte sie, packte sie an und lachte nachher furchtbar. Es gab eine Gerichtsverhandlung, und er wurde bestraft. Sie war dann fünfmal vor Gericht, da der Mann noch andere Mädchen überfallen hatte. Die Sache spielte ein ganzes Jahr lang. Diese ganze Angelegenheit erregte großen Ekel bei ihr. Sie hat immer heftige Angst vor Einbrechern, auch schon als Kind von 10 Jahren. „Sonderbarerweise habe ich das, während ich im Lazarett als Schwester Dienste tat, nicht gehabt. Ich hatte nämlich große Angst, wenn die Oberin das hörte, würde sie mich nach Hause schicken. Auch als ich mal nachts einen kleinen Jungen von Bekannten zu beschützen hatte, habe ich es nicht gehabt. Um das 10. Jahr, als die Angst auftrat, spielte ich viel mit 2 Buben, die erst 2 Jahre alt waren. Es kam mir aber nie zum Bewußtsein, daß sie anders aussahen als ein Mädchen."

2. Sitzung: Kommt damit heraus, daß sie einen Jungen, E. Z., der mit ihrem Bruder sehr befreundet war und oft ins Haus kam, ganz besonders stark geliebt haben müsse, denn seine jetzt eben erfolgte Verlobung sei ihr

sehr nahe gegangen. Er habe sie direkt vergöttert und angebetet. Er sei ein geistig sehr regsamer, überhaupt ungewöhnlich intelligenter Mensch, der sich aber in Extremen bewege. Sie ist über die Entdeckung, daß sie noch so stark an ihm hänge, sehr erregt. Sie habe ein großes Gefühl von Traurigkeit in sich, denn sie habe immer gedacht, er bliebe ihr ewig treu, ihre Eitelkeit sei doch erheblich gekränkt, und allerhand stürze dadurch in ihr zusammen. Er habe eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Vater in seiner ganzen Art, und der Vater habe ihn in gewisser Beziehung besonders liebgehabt. Sie habe ihn auch nur deswegen nicht geheiratet, weil der Betreffende einmal auf eine diesbezügliche Andeutung gesagt habe, er fürchtete, zu alt für sie zu sein. Diese Meinung habe sie zwar zu zerstreuen gesucht, sei aber dann zu stolz gewesen, um das Thema ein zweites Mal anzuschneiden. Sie hat sich dann nicht lange danach, wohl aus einem gewissen Trotz heraus, verlobt. Nach der Verlobung hat er plötzlich erklärt, er würde sie sofort heiraten, wenn sie sich entlobte, aber selbstverständlich dürfe sie sich unter keinen Umständen entloben. Eigentlich habe sie größtenteils geheiratet, um ihren Eltern eine Freude zu machen.

3. Sitzung: Ihren Vater findet sie „absolut schön" und danke ihm das. Er ist körperlich ihr Ideal und auch seelisch. Im Anschluß daran wird die Bedeutung des Vaters als Liebesobjekt besprochen und ihr gezeigt, daß sie, wie viele andere Frauen, sich früher immer Liebesobjekte gewählt habe, die der Natur der Sache nach nicht als Heiratsobjekte in Frage kommen konnten, also Versuch, beim Vater bleiben zu können. Im Anschluß daran wird die Frage des Widerstandes während der Analyse gestreift.

4. Sitzung: Über die gestrigen Aufklärungen erregt und außergewöhnlich abwehrend gegen mich. Sie könne nicht zugeben, daß meine Schlußfolgerungen richtig seien.

Am nächsten Tag kommt sie mit der Mitteilung, daß der bewußte E. Z. ihr geschrieben habe, sie sollte doch mal zu ihm kommen, um seine Verlobung mit ihm zu besprechen. Sie wolle unter allen Umständen hinfahren. Es wird ihr die Gefahr, die im jetzigen Augenblick darin liegt, klar gemacht, aber sie will es nicht recht einsehen und fährt.

5. Sitzung: Nach 5 Tagen zurück, war bei E. Z. Dieser erzählte ihr, er habe an allem die Lust verloren. Die Dame, die ihm bisher den Haushalt geführt habe, könne er nicht mehr vertragen. Es sei also die Frage gewesen, entweder heiraten oder sich umbringen. Die Braut machte ihr einen sehr guten Eindruck, aber sie müsse gestehen, daß sie doch etwas eifersüchtig gewesen sei. Sie habe dem E. Z. seine Lieblingslieder gesungen, besonders eins, von dem sie wisse, daß es ganz tiefen Eindruck auf ihn mache. Sie war nachher aber furchtbar erregt, konnte nicht essen. Sie habe in ihrem ganzen Leben noch nie so gut gesungen wie an diesem Abend. Nach einiger Zeit ging dann die Erregung vorüber. Am nächsten Morgen nach dem Erwachen sei sie unglaublich deprimiert gewesen, hätte sich am liebsten umgebracht. Es habe ihr aber sehr gut getan, zu sehen, wie sehr E. Z. noch an ihr hing.

Die Aufklärung darüber, wie sehr sie sich bei dieser Gelegenheit bemüht habe, auf E. Z. Eindruck zu machen, weist sie zuerst heftig zurück, läßt sich erst ganz allmählich davon überzeugen.

6. Sitzung: Ihr Mann habe ein zu kurzes Bein. Das empfinde sie als unschön, und es störe sie sehr häufig und schrecke sie direkt körperlich ab. Darauf Schilderung der Schönheit des Vaters und des ersten Geliebten im Vergleich dazu. Es wird ihr im Anschluß daran die Stärke und Bedeutung

körperlicher, gattungsmäßig wirksamer Faktoren für die Entstehung der erotischen Regungen eingehend klargemacht.

7. Sitzung: Heute nacht sei ihr ganz plötzlich eine zwar nicht von ihr ganz verdrängte, aber doch seit Jahren nicht mehr hervorgekommene Erinnerung eingefallen, nämlich daß sie als Zwölfjährige von dem damals 19jährigen Bruder zu sexuellen Handlungen gezwungen worden sei. Sie habe aber nur Ekel dabei empfunden. Nach dieser Zeit habe sie jahrelang gedacht, das Glied würde ihr auch noch wachsen und habe sich im Bad immer daraufhin beobachtet. Sie habe wohl überhaupt eine sehr starke Tendenz, ein Mann zu sein, das zeige sich ja auch in ihrem Verhältnis ihrem Manne gegenüber, wo sie immer die Führung haben zu müssen glaube. Dem Bruder habe sie erst auf dem Sterbebette verziehen.

Die Wichtigkeit dieses Erlebnisses für ihre ganze sexuelle Entwicklung, die dadurch gesetzte Anregung der Phantasietätigkeit, die Abwehr gegen den Mann und die Neugierde, endlich die durch das Beiseiteschieben der letzteren notwendig hervorgerufene Tendenz, besonders gut zu sein, wird ihr demonstriert. Im Anschluß daran klagt sie darüber, daß ihr Mann und ebenso ihre Schwiegermutter sie so sehr vergötterten, und daß ihr Mann ihr in jeder Beziehung den Willen tue. Die Schwiegermutter sei ihr trotz ihres großen Entgegenkommens gar nicht angenehm.

8. Sitzung: Auf der Hochzeitsreise hat sie verschiedentlich Gallensteinkolikanfälle gehabt, konnte wochenlang fast nichts essen, hatte wahnsinnige Angst vor dem sexuellen Verkehr. Der Vater war vollkommen außer sich bei ihrer Hochzeit. Der Abschied von ihm war so furchtbar, daß sie sich die ganze Nacht darüber nicht beruhigen konnte. Auch jetzt weint der Vater noch jedesmal, wenn sie abfährt. Seit der Hochzeitsreise könne sie auch keinen Kaffee mehr vertragen. Sie hatte vor dem Zubettgehen in der ersten Nacht Mokka getrunken, und diese Erinnerung hat sie mit dem Übrigen zu einem Ekelkomplex vereinigt. Ihr Mann habe auf der Hochzeitsreise auch einen leichten „Herzanfall" bekommen, der merkwürdigerweise aufgetreten sei, als an einem Abend einige Herren in einem Kaffee sie anstarrten und er dadurch eifersüchtig geworden sei. Nach einigen Tagen wurde sie dann selbst krank, bekam Blasenkatarrh, Nierenbeckenentzündung, und mußte infolgedessen sich auf einige Wochen von ihrem Manne trennen!

Also auch hier wird die Krankheit von beiden Seiten als Waffe zwecks Abwehr bzw. Bestrafung des anderen Teils benutzt.

9. Sitzung: Traum. „Ich hatte ein Kind. Es war sehr originell. Ich war verreist, kam zurück, und das Kind war bei der Cousine in G. geblieben. Dazu fällt mir ein: die Cousine hängt mit E. Z. zusammen. Ihr gegenüber hatte E. Z. einigemal wegen einer eventuellen Heirat mit mir gesprochen. Ich wollte der Cousine in letzter Zeit mal schreiben, weil sie wütend ist, daß er mich nicht geheiratet hat. Das Kind hatte die blonden goldenen Locken der Frau X. (einer Mitpatientin). Mein Vater ist auch ganz Germane." Deutung dieses Traumes: Wunsch nach Kind vom Vater, E. Z. und Arzt. Besprechung des Wesens der Übertragung.

Erzählt dann, daß heute morgen ein Brief von E. Z. mit überschwenglichem Dank für ihren Besuch eingelaufen sei. Er suche in seiner Braut nur Ruhe, Frieden, Güte und Geduld.

2. Traum: „Ich war mit einem Hotelier verlobt. Hoteliers sind mir schrecklich. Mein Mann war nicht da. Ich hatte den starken Wunsch, zu meinem Mann hinzukommen. Zu Hotelier fällt mir ein: der Besitzer des

hiesigen Hotels R., der mir unfein erscheint. Er ist befreundet mit den Freunden meines Mannes hier. Ich verkehre dort zwar, aber es kommt mir sozial nicht ganz passend vor." Deutung: Hier kommen klar die „unfeinen" Beziehungen des Ehemannes (Hoteliers) zu Leuten zum Vorschein, die sie als sozial unter sich stehend betrachtet.

10. Sitzung: Nach der gestrigen Besprechung, die offenbar einen wesentlichen Grund der Abwehr gegen ihren Mann aufgedeckt hatte, sehr erregt, erklärt, ich könnte ihr auch nicht helfen, die Verhältnisse seien zu kompliziert. Sie reiste in einem Zustand heftigsten Widerstandes nach Hause.

11. Sitzung: Erst nach 3 Wochen erscheint sie wieder und erzählt, sie habe sich innerlich ziemlich von mir getrennt, aber immer noch das Gefühl, daß sie eigentlich in ihrer Ehe zu Besuch sei. Als sie heute einer anderen Patientin die Telephonnummer für ihren Mann habe aufschreiben wollen, habe sie charakteristischerweise die für ihre Eltern aufgeschrieben. Darin liege doch wohl auch der Wunsch ausgedrückt, zu diesen zurückzukommen.

Traum: „Mein verstorbener Bruder und die anderen Brüder waren da und eine Base, die sehr viele Kinder hat. Sie erzählte von ihren Schwestern, daß die wieder Kinder kriegten. Sie sagte, ich bekäme vorläufig noch keine Kinder, weil ich eine sexuelle Erkältung hätte."

Der Sinn dieses Traumes ist klar: einerseits starke Sehnsucht nach dem Kinde, Darstellung der Beziehungen zwischen der Sehnsucht nach dem Kinde und dem verstorbenen Bruder, der durch das sexuelle Erlebnis in ihrem Gehirn mit dem Kinderkriegen offenbar fest verbunden ist.

Weiterer Traum: „Ich war mit meinem Mann irgendwohin gereist. Wir waren auf einem Aussichtsturm mit weitem Blick. Dort lernte ich eine junge Lehrerin kennen. Sie baute mit ganz primitiven Mitteln in einen Turm hinein eine Orgel. An der Vorderseite der Orgel war ein Balkon. Auf diesem stand ein junger Student mit meinem Mann. Er spielte die Orgel, und die Lehrerin saß und lauschte. Die Orgel gab wunderbare Töne, wie ich sie noch nie gehört hatte. Die Lehrerin hatte das Ganze in 5 Minuten zusammengebaut. Sie packte sie dann zusammen und nahm sie mit. Mein Mann und ich waren sehr entzückt und unterhielten uns noch darüber."

Einfälle: „Zuerst eine Patientin, Lehrerin, die ich für unbedingt begabt halte" (Orgel); „Daß mir das die liebste Musik ist" (Turm); „Rathaus von M., ähnlich war auch der Blick" (Balkon); „Von dem Balkon hatte man einen schönen Blick auf M." (junger Student); „Ich habe verschiedene Studentenfeste mitgemacht, als meine Schwester in X. studierte" (Schwester). „Habe mich viel mit ihr gezankt. Sie war lebhafter, ich dagegen ein sehr stilles Kind. Sie lief mir oft fort, und die Brüder spielten oder turnten. Sie hat mich ziemlich gequält als Kind, z. B. mußte ich immer einen Schritt hinter ihr auf der Straße gehen. Wenn sie mal Besuch hatte, durfte ich als jüngere nicht hereinkommen. Auf der anderen Seite habe ich sie kolossal bewundert. Alles was ich kannte, kannte ich von ihr. Sie möchte auch sehr gern ein Kind haben. Ich glaube, als Kind habe ich sie gehaßt. Wir zankten uns furchtbar. Sie ließ mich immer wieder stundenlang schweigen, und ich hatte Angst vor ihr."

(Weitere Einfälle): „Daß die Lehrerin so etwas fertig bringt und ich nicht" (Turm); „Da fallen Sie mir ein."

Deutung: Ich werde mit dem Turm identifiziert, gleichzeitig bin ich auch der Repräsentant für andere Männer, z. B. für den Studenten. Die Lehrerin versteht es, durch Einfühlung und Verständnis für mein Vorgehen, Töne aus

diesem Turm herauszulocken, aber Patientin selbst vermag mir nicht zu folgen, und das alles, obwohl sie selber doch eigentlich gar nicht mit so primitiven Mitteln arbeitet wie die Lehrerin; also im ganzen Wunsch, mit dem Arzte in nähere Beziehung zu treten und Eifersucht auf die Lehrerin. Es kommt ihr im Anschluß an diese Erklärung plötzlich ein Lächeln, das sie sich zunächst nicht erklären kann, dann aber sagt sie: „Es fällt mir ein, daß ich immer lachen muß, wenn mein Mann mal männlich zu sein versucht." Also scheint in der Lehrerin auch gleichzeitig das weibliche Wesen des Ehemanns verhöhnt zu werden.

12. Sitzung: Es sei ihr noch eine Erinnerung gekommen. „Ich war einmal in einem Lazarett in Y. mit einer Dame allein tätig. Sie benahm sich mir gegenüber sehr gemein. Dort war auch ein Arzt, auf den diese Frau sehr eifersüchtig war, und sie ersann sich allerlei, um zwischen uns Schwierigkeiten hervorzurufen, fragte z. B., ob ich noch nichts davon gehört hätte, daß der betreffende Herr unerlaubte Beziehungen zu einer anderen Dame hätte usw. Dann behauptete sie plötzlich, Patientin hätte das ihrerseits vor Zeugen behauptet und hätte mit dem Arzt ein Verhältnis. Einer der Unteroffiziere, der in dem Lazarett eine Hauptrolle spielte, ließ Patientin kommen und sagte ihr, er würde die Sache gerichtlich machen, sie solle sofort das Haus verlassen. Sie habe das dann auch getan, und das sei ihr höchst bedauerlich, da der Arzt wahrscheinlich auf diese Weise eine falsche Meinung von ihr bekommen habe. Dabei hätten sie doch nicht die allergeringsten Beziehungen zueinander gehabt. Auf meine Bemerkung, daß, wenn das wahr sei, ihr Verhalten dem Unteroffizier gegenüber völlig unerklärlich wäre, kam schließlich nach langem Zögern zum Vorschein, daß der Arzt ihr jedesmal zum Abschied oder zur Begrüßung einen Kuß auf die Stirne gegeben habe. Er habe oft 20mal am Tage telephonisch angerufen. Das Essen war schlecht, und ich ließ ihm immer vom Bruder Koch etwas Gutes bringen. Er habe ihr auch manchmal über die Stirne gestrichen und ihren Kopf zwischen seine Hände genommen. Nachher ist sie stark erschüttert über diese Erkenntnis, daß doch etwas an diesen Beschuldigungen daran gewesen sei, während sie sich bisher für völlig unschuldig gehalten habe.

13. Sitzung: Wollte heute auf der Straße jemand ansprechen, weil sie vermutete, daß er von dem betreffenden Arzt etwas wissen könnte. Da der betreffende Mensch übrigens ihr ganz fremd gewesen sei, so ersehe sie daraus noch die Stärke ihrer inneren Beschäftigung mit diesem Mann. Sie fühle sich überhaupt so schlecht, daß sie am liebsten die Kur abbrechen möchte. Gerät dann in eine gewisse Wut über eine Dame hinein, die körperlich heute so starken Eindruck auf sie gemacht habe; das sei ihr nicht sympathisch gewesen. Sie habe eine förmliche Angst vor der Frau. Im Anschluß daran Aufklärung über die homosexuelle Einstellung, die sich darin kundgibt. Erzählt dann wie zur Ablenkung, welche Liebe ihr ihr Mann entgegenbringe, wie er sich alles von ihr gefallen lasse, obwohl sie manchmal beinahe auf ihm herumtrample. Dies gibt Gelegenheit, ihr auch die sadistische Komponente in ihrem Wesen zu zeigen. Sie habe, fährt sie dann fort, in ihrem jetzigen Wohnort sehr viel Bewunderung gefunden und sei froh, daß ihr Mann sie darin nicht irgendwie störe. . . .

14. Sitzung: Klagt über kalte Finger, besonders der rechten Hand. Bei Einstellung darauf fällt ihr ein, „daß E. Z. meine Hände mal so bewundert hat, und daß ich mit dieser Hand habe schwören müssen, als ich damals wegen des jungen Mannes vor Gericht gewesen bin". Die Bedeutung der kalten

Finger als Symbol der Selbstsicherung gegen Gefahren seitens des E. Z. und anderer männlicher Wesen wird ihr zu zeigen versucht.

15. Sitzung: Am nächsten Tag kommt sie in besonders guter Stimmung, durch einen Brief einer Freundin veranlaßt, die sie durch den ersten Geliebten kennengelernt hat. „Er sprach damals sehr interessiert mit ihr, und ich hatte sofort den Gedanken, die muß ich auch kennen lernen und mich mit ihr messen. Kurze Zeit darauf traf ich sie auch. Wir haben dann zwei Winter hindurch alle Gesellschaften zusammen mitgemacht. Der Vater dieser Freundin gab mir außerdem viel geistige Anregung. Mein eigener Vater haßt die Freundin."

In diesem Verhältnis spielen also mit: homosexuelle Einstellung, Tendenz, eine Partnerin zu haben beim öffentlichen Auftreten, die einerseits genügend bedeutsam ist und andererseits doch nicht so, daß sie ihr ernstlich Konkurrenz machen könnte. Außerdem hat sie einen Teil der Liebe zu dem ersten Geliebten auf diese Freundin verschoben und hat dazu noch Gelegenheit, ihren Vater eifersüchtig zu machen. „Die Trennung von dem ersten Geliebten ging mir doch sehr nahe", sagt sie darauf. „Wir versuchten dreimal abzubrechen, aber es ging immer nicht. Er hatte dann einen sehr schweren Gelenkrheumatismus. Dann reiste ich weg. Am Schlusse der Reise lernte ich meinen Mann kennen und verlobte mich mit ihm. Der Geliebte ging dann mehrere Monate nach Italien und hat sich dann im gleichen Monat verlobt, in dem ich mich verheiratet habe." In der ersten Zeit nach der Verheiratung habe sie sich während des Verkehrs sehr oft diesen Mann vorgestellt. Mit E. Z. sei die körperliche Verbindung viel weniger intensiv gewesen. Übrigens habe sie sich oft mit dem Geliebten seinerzeit bei E. Z. getroffen. Sie habe an ihm einen gewissen Egoismus nicht gut vertragen können. Er habe sich nichts versagen können, sonst hätte er auch die Schwierigkeiten mit ihr durchgekämpft. „Er wollte auch nie Kinder haben, was mich auch abschreckte. Vieles, was ich bei ihm vermißte, fand ich bei meinem Mann. Aber noch jetzt, wenn ich nach meiner Vaterstadt komme, habe ich immer das Gefühl, er könnte um die Ecke kommen."

Die im Anschluß daran besprochene Tatsache der noch immer vorhandenen starken Bindung an den ersten Geliebten und die Hervorhebung ihres ausgesprochenen Machthungers beantwortet sie mit heftigen körperlichen Übelkeitssymptomen und Kopfschmerzen.

16. Sitzung: Geht zwar sehr gerne in Gesellschaft, kann es aber gar nicht vertragen, sieht dabei immer sehr schlecht aus. Das war früher nicht so vor der Verheiratung. Sie weiß dann auch gar nicht mehr, was sie auf der Gesellschaft gesehen oder erlebt hat. (Einstellung auf die erste Gesellschaft nach ihrer Ehe.) „Es war eine kleine Abendeinladung bei einem Freund des Mannes. Ich hatte mich damals über diese Eheleute geärgert, daß sie mit ihrem Gegenbesuch so lange gewartet hatten. Auch andere Familien, namentlich solche, die sozial eine größere Rolle spielen, sind mir nicht sympathisch. Ich habe das Gefühl, daß die Frauen auf den Gesellschaften katzenfreundlich mir gegenüber sind, da sie in mir eine Konkurrenz fürchten."

Daraus geht wiederum der starke soziale Komplex, d. h. Gefühl der Minderwertigkeit wegen ungenügender sozialer Stellung des Mannes und die außerordentlich starke Tendenz, unter allen Umständen zu gefallen, hervor. Ein Traum in der folgenden Nacht bestätigt das, indem darin ihre Eitelkeit und Angst vor dem Kinde als Zerstörerin ihrer Schönheit zum Ausdruck kommt.

Einige Tage darauf ist die Hochzeit des öfters genannten E. Z. Sie

merkt direkt keinerlei Änderung in ihrem Gesamtzustand, nur eine Art von Trotz E. Z. gegenüber sei in ihr vorhanden. Dazwischen bemerkt sie ganz unvermittelt: „Übrigens hat mir der sexuelle Verkehr mit meinem Mann in letzter Zeit nicht mehr Schmerzen verursacht." Es hat sich also die Wirkung der Aufklärung mit der Trotzreaktion verbunden, um die Schmerzen zurücktreten und eine gewisse Annäherung an den Mann zustande kommen lassen.

17. Sitzung: Schmerzen in den Zähnen, die oft sehr stark sind. Bei Einstellung darauf: „Es ist nicht das Zahnfleisch, sondern die Zähne direkt, und besonders unten links und in der Mitte. Als Kind war ich bei Verwandten, da sollte ich mal einen eisigkalten Apfel essen. Das tat mir sehr weh. Seither lasse ich alles Obst erst erwärmen. Ich kann auch nicht in Äpfel oder Birnen beißen. Ich meinte früher, es sei Erkältung. Sonderbarerweise ist es abends immer am schlimmsten. E. Z. hat so wunderschöne Zähne, und mein Mann so häßliche braune. Mein Vater hat auch sehr schöne Zähne."

Meine Aufklärung, daß Liebe zum Vater und E. Z., Abwehr gegen den Mann ganz klar daraus hervorgehen, wird mit der weiteren Bemerkung beantwortet, daß sie, seitdem sie Zahnschmerzen habe, fast jeden Tag von E. Z. eine Karte erhielte, besonders von dem Orte X., der „historischen Stätte", wo sie mal zusammen so schöne Tage verlebt hätten. Dann spontane Klage, sie nehme es ihrem Manne sehr übel, daß er sich mit ihr allein begnüge und das Kind nicht so heiß zu begehren scheine.

18. Sitzung: Die Periode ist wieder aufgetreten. Sie ist darüber jedesmal sehr traurig und niedergeschlagen. Auch täten die Zähne so furchtbar weh. Sie habe allerdings sich nur mühsam beherrscht, dem E. Z. nicht zu schreiben. Im nächsten Augenblick sagt sie aber: „Ich bin jetzt wirklich fertig damit." Sie kommt dann auf die Schwiegermutter zu sprechen, die ihr sehr wenig lieb sei, weil sie ihren Sohn zu sehr verwöhne. Auch habe sie sie einmal durch eine beleidigende Äußerung schwer gekränkt. Besonders unerträglich sei ihr, daß sie sich jeden Tag erkundige, ob sie immer noch kein Kind bekäme. Dieses Gefragtwerden sei ihr entsetzlich, und doch täten es alle Leute.

19. Sitzung: War einige Tage in C., ihrer Vaterstadt. Vom Vater wieder sehr verwöhnt, E. Z. nicht gesehen, innerlich dadurch sehr zerrissen. Sie habe das Gefühl, daß der Vater äußerlich ihren Mann nicht passend für sie fand, wohl innerlich. Sie wisse genau, ihr Mann könne ihr in jeder Weise genügen, nur nicht in körperlicher Hinsicht.

Aus äußeren Gründen Unterbrechung von 3 Wochen. Bei der Rückkehr ziemlich verstimmt. Es sei wieder alles so schlimm wie es war, der Mann dadurch gekränkt und impotent. Es kam nach der letzten Periode, da die Enttäuschung wieder sehr groß war. Wenn die Tage der Periode herankämen, wisse sie, daß ihr Mann sich furchtbar freue (diese Behauptung steht im Gegensatz zu früheren und zu den direkten Äußerungen des Mannes) und eine große Angst, daß er enttäuscht sein könnte. „Ich habe die ganzen Tage über schon so furchtbare Kopfschmerzen, schlafe nicht mehr gut, mein Mann hat es mir darin auch schon nachgemacht. Ich stehe wieder mal vor einem Berge." Bei Einstellung darauf, kommt nur die Erinnerung an E. Z., und unter starker Erregung darauf: „Ich schreibe ihm krampfhaft nicht, es liegen schon mehrere Briefe da, die beantwortet werden müßten. Dann war ich furchtbar enttäuscht, daß ich dieses Jahr nichts zum Geburtstage von ihm bekommen habe. Er ist wahrhaftig nicht wert, daß man sich so mit ihm zu schaffen macht. Er schreibt mir nur oberflächlich über alles mögliche Äußere." Sie fühlt sich nach der Aussprache, wie sie sagt, erheblich erleichtert.

20. Sitzung: Mit 12 Jahren hat sie für ein 18jähriges Mädchen geschwärmt, das sehr hübsch war, sehr lieb und eine sehr gute Stimme hatte. Sie wurde schlecht von einer Tante behandelt, und Mitleid und Liebe spielten ihr gegenüber eine gleichgroße Rolle. Die Schwärmerei für sie war geradezu maßlos. Kurze Zeit darauf hat sie in einer Sommerfrische eine junge Dame aus Z. kennengelernt, auf die diese Schwärmerei dann übersprang. Jetzt ist sie in eine Mitpatientin geradezu verliebt, überschüttet sie mit den überschwänglichsten Briefen, spielt die gekränkte Geliebte ihr gegenüber, kurz, verhält sich vollkommen erotisch zu ihr. Die homosexuelle Einstellung wird ihr an Hand dieser Beispiele noch mal eingehend gezeigt, herauswachsend einerseits aus der starken Vaterbindung und andererseits aus der ebenfalls sehr starken Bindung an die Mutter neben einer ausgesprochenen männlichen Tendenz in ihrem ganzen Wesen. Erzählt spontan von ihrer leichten Kränkbarkeit. Es gäbe wenig Menschen, die sich nicht schon irgend einmal verletzt hätten, und daß ihr Mann (angeblich!) das noch nie getan hätte, dafür sei sie ihm besonders dankbar.

21. Sitzung: Läßt mir heute durch eine andere Patientin die neuesten Photographien von sich zeigen, hat diese (die oben genannte Heißgeliebte) aufgefordert, ihr mitzuteilen, welches Urteil ich darüber fällte. Als sie dann von mir darauf gestellt und ihr gesagt wird, daß sie auf diese Weise die Übertragung auf mich doch sehr klar zum Ausdruck gebracht habe, wird sie ärgerlich und erklärt, sie könne das nicht verstehen. Dem E. Z. hat sie, wie sie spontan erzählt, einen Brief voll Sticheleien geschrieben, der als reiner Racheakt aufzufassen ist. Es drängte sie, auch der Schwiegermutter einen ähnlichen Brief am gleichen Tage zu schicken.

Nach dieser Sitzung reiste sie mit ihrem Manne nach Spanien, fühlte sich dort sehr wohl, tanzte viel, wurde viel bewundert und hofiert, kurz, kam, wie sie mir sagte, in puncto Eitelkeit, voll auf ihre Kosten. Von der Reise hatte ihr ihre Schwester geschrieben, der erste Geliebte habe sehr eingehend nach ihr gefragt und gebeten, er möchte sie unbedingt sprechen. „Das hat mich auf der Reise sehr viel beschäftigt. Ich habe mich oft gefragt, was er wohl von mir wollen könnte, und war fest entschlossen, mich nach der Rückkehr mit ihm zu treffen." Auf dieser Reise blieb zum erstenmal die Periode aus, nachdem der Vaginismus geschwunden und normaleres sexuelles Empfinden eingetreten war.

Die Schwangerschaft verlief im ersten Monat gut. Dann setzte heftiges Erbrechen, starke Übelkeit und heftiger Kopfschmerz ein, und sie kam deswegen wieder zu mir. Eine Anzahl weiterer Sitzungen, in deren Verlauf die Bedeutung des Schwangerschaftserbrechens und der Übelkeit als Abwehr gegen den Mann und als Sehnsucht nach dem ersten Geliebten, sowie die Wut darüber, nunmehr körperlich nicht mehr die schöne Frau zu sein wie vorher, sich klar darstellten, brachten diese Symptome vollkommen zum Schwinden, und die Schwangerschaft wurde ohne Schwierigkeiten zu Ende geführt. Das Kind ist gesund und die Mutter eine zufriedene, von ihrem Narzismus durch die Funktion als Mutter in wesentlichen Punkten befreite, gesunde und vergnügte Frau.

Man sieht aus dieser Krankengeschichte, welch komplizierte Ursachen die Frigidität und der Vaginismus haben können: Bindung an den Vater, Abwehr gegen den Ehemann, weil er körperlich vom Vater nicht geschätzt wurde und ihm nicht glich, zu weich war und außerdem sozial ihr nicht

genügte, Beziehungen zu E. Z. und dem ersten Geliebten, die beide noch nicht überwunden waren, sexuelles Erlebnis als junges Mädchen im Walde und mit dem Bruder, dadurch moralische Abwehr gegen alles Sexuelle, daneben starke männliche Tendenzen und Abwehr gegen das Weibsein, damit im Zusammenhang homosexuelle Einstellung zu der Schwester (und zum Weib überhaupt), Selbstbestrafungstendenz ihr gegenüber, Machthunger, Ehrgeiz, sadistische Strebungen.

Die Heilung erfolgte nach Erkenntnis dieser Zusammenhänge und unter gleichzeitiger Einwirkung eines anderen Milieus, worin einesteils ihre weiblichen Ehrgeiztendenzen sich auswirken, andernteils ihre sozialen Minderwertigkeitsgefühle nicht mehr hemmend sich geltend machen konnten und endlich der Anschluß an ihren Mann leichter zu finden war.

Die Perversionen.

Bezüglich der Perversionen gilt für die Psychotherapie vor allem ein Grundsatz, nämlich unter keinen Umständen sich von dem Jahrzehnte alten Vorurteil gefangen nehmen zu lassen, daß sie wesentlich oder gar ausschließlich körperlich bedingt seien. Gewiß gibt es kaum ein Gebiet der Pathologie, wo die enge Wechselwirkung zwischen Physischem und Psychischem so unmittelbar in die Augen springt, aber auch kaum eines, wo so klar erkannt werden kann, wie enorm wichtig die Verarbeitung körperlicher Minderwertigkeiten und Konstitutionsanomalien seitens unseres Gehirns ist. Man kann bei genauerer Beobachtung der einzelnen Fälle fast mit Sicherheit behaupten, daß, wenn die Reizverarbeitung durch zufällige äußere oder innere Umstände eine nur in geringem Grade andere gewesen wäre, auch die Perversion selbst ganz andere Formen angenommen haben würde. So ist z. B. die Beziehung zwischen Sadismus und Masochismus eine so außerordentlich enge und die zwischen Onanie und den beiden erstgenannten ebenfalls, daß man sehr oft ebensowohl die ersteren beiden aus den letzteren, wie die letzteren aus den ersteren ableiten könnte. Daß alle Perversionen Formen frühkindlicher Triebbetätigung oder mindestens frühkindlicher Triebregungen sind, ist für die meisten Fälle evident. Die Klarlegung dieses Tatbestandes vermittels der Psychoanalyse ist in der Mehrzahl der Fälle die gegebene Therapie; aber man täusche sich nicht darüber: gerade hier zeigt sich ganz besonders deutlich, wie wenig man oft mit Psychoanalyse allein erreichen kann, und zwar um so weniger, je stärker die biologische Disposition zu einer Perversion ist. Hier gilt es, das Prinzip der Übung ganz konsequent und ausdauernd mit der Analyse zu verbinden. Dann erreicht man in diesen Fällen trotz aller Schwierigkeiten oft durchaus Befriedigendes. Es genügt nicht, den an der Perversion Leidenden (und wenn er zum Arzt kommt, leidet er immer wirklich darunter) dahin zu bringen, daß er zunächst eine gewisse Distanz zu seiner Störung und eine gewisse innere

Sicherheit seiner Umwelt gegenüber bekommt, daß er vor allem auch das Gefühl, minderwertig zu sein, verliert, sondern es gilt, ihm an Hand der psychoanalytischen Erkenntnisse zu zeigen, daß noch andere Möglichkeiten der Triebbefriedigung als die in seiner Perversion zutage tretenden in ihm vorhanden sind und daß er durch systematische Kultivierung dieses Teils seiner Libido die perversen Tendenzen überwinden kann. Wenn es z. B. gelingt, auf Grund von Träumen oder von sonstigem Tatsachenmaterial einem Homosexuellen zu zeigen, daß er auch heterosexueller Erregungen fähig ist, so ist die weitere Aufgabe, ihn systematisch in dieser heterosexuellen Einstellung zu befestigen. Das wird erreicht durch Anleitung zu einem zunächst platonischen Verkehr mit weiblichen Individuen, wobei die meist starke Empfindsamkeit der Homosexuellen eine gewisse Auswahl in der Art des weiblichen Verkehrs erfordert. Ferner durch Lektüre, die die Phantasie nach der heterosexuellen Seite anregt, durch bildliche Darstellungen, die nach derselben Richtung wirken. Erst wenn man so eine gewisse Einstellung auf das Weib als Ganzes erreicht hat, kann der Rat zu einem Versuch mit heterosexuellem körperlichem Verkehr erteilt werden, und auch dann wird man sich anfangs mit kleinen Erfolgen begnügen und zu immer erneuter Übung anspornen müssen. Man mache den Patienten von vornherein darauf aufmerksam, daß eine solche Abgewöhnung Jahre erfordert und daß Rückfälle im Anfange Selbstverständlichkeiten sind.

Erzwingung der Abstinenz muß für einen Teil der Fälle durchgeführt werden, bis die Spannung einen gewissen Grad erreicht hat, der an sich schon dazu drängt, in irgend einer Form, also auch in der an sich vielleicht zunächst verabscheuten normalsexuellen, eine Entladung zu erreichen. Aber natürlich kann die Abstinenz allein in solchen Zuständen nichts Dauerndes schaffen, da sie selbstverständlich nur eine Überwältigung, aber keine Beseitigung der Anomalien darstellt.

Die Hypnose wirkt sehr oft in dem Stadium, wo der Patient bereits eine wesentliche Einsicht in seinen Zustand bekommen hat, als zweckmäßige Unterstützung. Für sich allein ist sie meist machtlos.

Für wichtig halte ich auch in allen Fällen eine intensive körperliche Betätigung, und zwar je nach dem Falle verschieden: für den Homosexuellen z. B. ist sportliche Betätigung häufig nicht günstig, weil sie ihm zuviel Gelegenheit zu erotischer Erregung an männlichen Körpern gibt. Ihm wird man also eine körperliche Arbeit vorschreiben, bei der dieses Moment nicht in Betracht kommt. Dagegen ist bei Pädophilen, Fetischisten und ähnlichen Fällen eine intensive sportliche Betätigung sehr am Platze.

In manchen Perversionsfällen, so namentlich bei Exhibitionisten, Pädophilen und anderen, sozial unter Umständen schwer schädigenden Perversionen muß man, wenn die Konstitutionsanomalie gar zu stark im Vordergrund steht oder das Milieu besonders ungünstig ist, versuchen,

durch dauernde Beziehung zum Arzt und durch Hypnosen, die in regelmäßigen Zwischenräumen erneuert werden, wenigstens einen gewissen Schutz für den Kranken und die Umwelt zu erreichen. Man fördere überhaupt bei allen Perversionen jede Art von Sublimierungsmöglichkeit, leite die Kranken also dazu an, sich Gelegenheiten zur Umsetzung ihres Triebes in andere Betätigung (künstlerische, soziale, politische, religiöse, sportliche) zu verschaffen. Es war sicher ein nicht geringer Fehler der früheren Betrachtungsweise dieser Zustände, daß man dem Sexuellen im Menschen überhaupt eine zu große Wichtigkeit beimaß, und unsere Aufgabe wird es also sein, dem Kranken die Überzeugung zu geben, daß der wesentliche Inhalt des Lebens für den Kulturmenschen wirklich in ganz anderen Richtungen liegen kann.

A. M., 28jähriger Oberlehrer, körperlich gesund, Gesamterscheinung etwas weiblich, infantil, in psychischer Beziehung weich, innerlich unsicher, von Minderwertigkeitsgefühlen stark geplagt, intellektuell vollkommen normal. Er leidet vor allem sehr darunter, daß seine ganze Sexualität sich auf die Beine von Jungen zwischen 6 und 14 Jahren konzentriert, während er dem Weibe gegenüber ganz empfindungslos zu sein glaubt. Wenn er die Aufsicht auf dem Schulhofe hat, gerät er in stärkste sexuelle Erregung beim Anblick der „durcheinanderlaufenden Jungensbeine". Es kommt dann öfters zu Ejakulationen, und er macht sich hinterher schwere Vorwürfe, daß er gerade als Lehrer solche Wünsche habe. Bindung an den Vater sehr ausgesprochen. Er sah in ihm den Stärkeren in der Ehe der Eltern, wurde von ihm, wie er heute einsieht, streng, aber gerecht erzogen, erinnert sich aber noch mancher Szenen aus der Kinderzeit, wo er sich vom Vater zu Unrecht geschlagen fühlte und eine maßlose Wut gegen ihn hatte, bei der Mutter aber keinerlei Hilfe fand. Das habe er ihr sehr übel genommen und sie in seinem Innern deswegen verachtet, dabei aber immer wieder das Bedürfnis gehabt, sich zu ihr zu flüchten. Als Junge von 6 Jahren beim Indianerspiel von seinen Kameraden in der Weise gefesselt, daß er auf den Bauch gelegt und ihm die Hände auf den Rücken an die nach oben gezogenen Beine gefesselt wurden. So blieb er eine halbe Stunde liegen, onanierte dabei zum erstenmal durch Hin- und Herrutschen auf dem Bauche und hatte von da an das Bedürfnis, sich diese Lust immer wieder zu verschaffen, indem er häufige Fesselungen in dieser Art im Spiel veranlaßte. Dabei fixierten sich in seinem Gehirn die Vorstellungen: an den Beinen gezogen werden — auf dem Bauch liegen — sexuelle Lust haben, so fest, daß er in späteren Jahren nur in ähnlicher Weise onanieren konnte: er band sich einen Strick um die Füße, legte sich auf den Bauch, zog mit den Händen die Füße bis zum Kopf und gelangte durch entsprechende Bewegungen zum Orgasmus.

Wir sehen also hier, wie die Perversion zustande kam erstens durch eine gewisse Mißachtung des Weibes, die in ihm durch die weichliche Art seiner Mutter und die nicht genügende Hilfe dem Vater gegenüber sich ausbildet, ferner durch eine gewisse Bewunderung und Liebe zu dem starken Vater, die ihn den Mann als den begehrenswerteren und bewunderungswerteren erscheinen ließ. Auf dieser Grundlage konnte dann das oben geschilderte Spielerlebnis besonders starke Wirkungen entfalten,

indem die Lust wiederum von männlichen Individuen ausging und sich speziell an die Vorstellung der Beine assoziierte.

Indem ihm allmählich die aus der starken Bindung an die Mutter erwachsende Haßtendenz gegen das Weib und die aus der Liebe und Bewunderung dem Vater gegenüber resultierende Tendenz zum Mann klargemacht wurde und zu gleicher Zeit die Bedeutung der Kinderszene als allein auf dieser Grundlage möglich, dargetan werden konnte, indem ferner durch einen regelmäßigen Verkehr mit geistig hochstehenden und zugleich im Leben tatkräftig sich durchsetzenden Mädchen die alte Abwehr gegen das Weib im ganzen genommen und indem endlich vor allem auch seine Angst vor der Homosexualität ihm als etwas Überwindbares gezeigt wurde, gelang es, ihn allmählich auf eine normalsexuelle Bahn zu bringen. Er hat ein Jahr später geheiratet und ist seit Jahren glücklicher und sexuell normal sich betätigender Ehemann mit drei gesunden Kindern.

Eine Krankengeschichte, die zugleich eine betrübende Illustration für die vollkommene Verständnislosigkeit vieler Ärzte bezüglich der psychischen Verursachung solcher Zustände darstellt, ist die folgende, die ich absichtlich in der wörtlichen Niederschrift des Patienten wiedergebe:

„Jugenderinnerungen!

Meine Mutter starb, als ich 3 Jahre alt war. Diese soll eine brave, tugendhafte Frau gewesen sein. Meine Kindheitserinnerungen bis zu 3 Jahren sind erloschen. Nach dem Tode meiner Mutter versah meine älteste, 16 Jahre alte Schwester den Haushalt. Mein Vater, ein Gewohnheitstrinker und Gelegenheitsarbeiter, war, wenn er betrunken war, immer am Krakeelen und Schimpfen, so daß die ältesten Geschwister immer in Angst und Sorge lebten. Von früh an schlief ich immer bei meinem Vater im Bett, was mir immer ein komisches Kitzelgefühl hervorrief. Mir schwebte immer im Kopf, als sähe ich meine Mutter dabei liegen. Auch glaubte ich damals nach dem Tode meiner Mutter, diese würde mir immer noch nachts erscheinen; wenn ich dieses meinem Vater sagte, fing dieser immer an zu schimpfen. Am liebsten schlief ich bei meinen Geschwistern, was schließlich auch dauernd geschah. Von 3—6 Jahren lebte ich nun gesund und munter auf. Wenn mein Vater betrunken war und brüllte oder jedem den Hals abschneiden wollte, hatte ich eine sonderbare Angst. Mit 6 Jahren holte er mich auch zum Schlafen wieder bei sich, was nur große Angst und Widerwillen in mir hervorrief. Zwischen meinem 6. und 7. Lebensjahre heiratete mein Vater wieder, und zwar eine 40jährige ledige Frau. Diese hatte bei fremden Leuten immer in Stellung gewohnt. Des öfteren schlief ich vor dem Tode der Mutter bei meinen Eltern noch zusammen. Hierbei erinnere ich mich noch jetzt, daß ich sie öfters bei ihrer Nachttoilette gesehen habe. Von jetzt ab hatte ich ein sonderbares Gefühl in meiner Brust und ging mit der größten Abneigung mit meinen Eltern schlafen. Bis zu meinem 10. Lebensjahre schlief ich nun bei meinem Bruder. Von meiner Kindheit an bis zu meinem 10. Lebensjahre wurde ich viel auf die Schulter gesetzt, so daß ich reiten konnte wie auf einem Pferdchen, was einen besonderen Reiz immer hervorruf. Auch ging mir dann unter allerhand wilder Lust der Samen ab. Dieses wiederholte sich recht oft. Von meinen Eltern wurde ich nicht aufgeklärt und bekam immer rauhe Antworten.

Jetzt starb eine Tante von mir, und deren Sohn, der in meinem Alter stand, kam zu uns. Von jetzt ab mußten wir beide zusammen schlafen. Im Bett wurde auch Pferdchen gespielt, wodurch mir immer der Samen abging, was fast täglich erfolgte. Von meinem 10.—14. Lebensjahre war dieser Junge bei uns. Während dieser Zeit hatte ich eine besondere Freude und Liebe zu einigen Schulkameraden. Auch hatte ich eine lebhafte Phantasie, welche fast an Größenwahn grenzte. Wilde Träume, welche oft wochenlang anhielten, nahmen mich schon ein. Einmal träumte ich, ich sei ein Bischof oder ich sei ein General, oder ich sei Vater von schönen Kindern, oder ich sei ein Graf und steinreich und würde die schönsten Kinder zu mir bestellen und beschenken. Während dieser Traumperiode war ich meistens willensschwach, außerdem kamen schwere seelische Depressionen. Aus dem Lachen kam ich dann ins Weinen. Zeitweise war ich dann auch klar und lebenslustig. Der Keim der geistigen Irrung war schon in mir, denn ich war nur froh, wenn andere Freunde bei mir waren. Doch plötzlich hatte ich mir den Samen selbst abgetrieben, was ich von anderen gesehen hatte. Von nun an sank ich immer tiefer. Ich erhielt auch keine Aufklärung. Als ich mein Kaninchen mal zu einem Rammler brachte und später einem Schulfreund diesen Vorgang erklärte, hatte meine Mutter dieses gehört, worauf sie mich ausschimpfte und mich immer Schwein nannte, was eine neue Erbitterung gegen meine ungeliebten Eltern wieder hervorrief. In meinem 16. Lebensjahre hatte ich plötzlich eine kleine Zuneigung zu einem Mädchen, welche aber von meinen Eltern brutal zerstört wurde. Auch wurde ich Sonntags eingesperrt, was eine tiefe Verstimmung, sogar Haß gegen meine Eltern erzeugte. Durch diese Handlungsweise wurde ich immer tiefer zur Homosexualität getrieben.

Bis zu meinem 20. Lebensjahre wuchs diese Leidenschaft immer mehr aus. Doch wußte ich damals die Wirkungen noch nicht, hatte auch viel Geld und lebte lustig drauf weiter.

Von meinem 20.—30. Lebensjahre bohrte sich dieses Übel immer besser ein. Tiefe Gewissensbisse, leidenschaftliche wilde Träume, homosexuelle Triebe und Gedanken wechselten miteinander ab. Zwischendurch kamen wieder klare Gedanken, und ich sah mein ganzes Elend ein, was schwere seelische Gedanken und Angstzustände immer hervorrief. Zeitweise waren meine Sinne derart verdunkelt, daß ich keines klaren Gedankens mehr fähig war. Während dieser Zeit wurde es vorübergehend besser, wenn ich meinen Freund sah. Auf diesen war mein ganzes Denken gerichtet. Hundertmal am Tage trat er in mein Gedächtnis und raubte mir fast die Besinnung. Mein Geist war fast immer so trübe, daß ich oft andere Personen von anderen Gegenständen kaum noch unterscheiden konnte. Dazu kamen noch die grauenvollen Wahnvorstellungen, schweres Kopfweh, heftige Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit, Erbrechen, ohne Ursache ekelhafte Wut, überhaupt schwere Nervosität, wodurch ich vollends gebrochen war an Körper und Geist. Zuletzt kamen noch Selbstmordgedanken, welche mich den ganzen Tag nicht verließen. In meiner Not, und nachdem ich auch bei vielen Ärzten schon gewesen war, wandte ich mich an Facharzt Dr. X. Dieser versprach mir Heilung durch Überpflanzung eines anderen Hodens. Dieses sollte unbedingt der Gesundheit dienlich sein. Bis heute konnte leider dieses nicht geschehen.

Da mein Zustand immer schlimmer und toller wurde, wandte ich mich durch Hilfe und Vermittlung des Dr. K. an Herrn Prof. E. in B. Hierauf wurden meine beiden Hoden nach dem Steinach-System verjüngt. Am folgenden Tag nach der Operation merkte ich schon einen bedeutenden Vorgang, ich

wurde sonderbar leicht und froh. Nach weiteren 2 Tagen war der homosexuelle Trieb vollständig eingestellt. Im ganzen war ich 5 Tage im Krankenhaus in B. Nachdem ich wieder zu Hause war, merkte ich erst, was Gesundheit heißt. Da habe ich in meiner Brust deutlich gespürt, was Liebe zu einem Mädchen ist und bedeutet. Dieses gesunde Leben dauerte bis zu einem halben Jahre. In dieser Zeit war ich gesund und froh, was man mir auch äußerlich ansah. Auch hatte ich während dieser Zeit ein Mädchen, dem ich auch in Liebe zugeneigt war. Nach Ablauf dieser Zeit stellten in meinem Kopfe langsam und leise diese alten Übel sich wieder ein. Wie ein schleichendes Gift kamen die homosexuellen Gedanken und Träume wieder, meine Gesundheit ging immer mehr zurück, und nach einem weiteren halben Jahr war von meiner Gesundheit nichts mehr vorhanden. Das alte graue Elend war wieder mit fürchterlicher Gewalt in mein Inneres eingekehrt und hatte meinen Verstand wieder vergiftet. Wenn ich Herrn Dr. M. damals gekannt oder wenn mir dieses damals mitgeteilt worden wäre, dann wäre ich auch geistig gesund geblieben.

Jetzt sind meine Organe durch Heilung des Herrn Dr. M. wieder so weit geheilt. Aber diese falsche Geschlechtsliebe, diese Homosexualität, die Sehnsucht nach dem Freunde verschwinden nicht aus meinem Gedächtnis. Diese fürchterlichen Qualen in meinem Gewissen wollen gar nicht verschwinden. Wenn mein Freund bei mir ist, bin ich immer gedrückt, mein Verstand sagt es mir, daß es falsch ist, aber mein ganzes Inneres treibt mich immer zu ihm hin. Wenn doch nur durch Übertragen eines Hodens oder eine Kleinigkeit davon mir doch geholfen werden könnte, dann wäre alles gut. Der wilde sadistische Trieb und homosexuelle Einstellung sitzen noch zu fest in meinem Kopfe und in meiner Brust. Jetzt bin ich 34 Jahre alt, meine körperlichen Organe sind wieder geheilt, mein Verstand ist wieder normal. Durch den homosexuellen Trieb ist mein Wille schwach, und das Trostlose tritt dann mir immer deutlich vor die Augen, was dann immer eine große Lähmung und Erregung meines ganzen Körpers hervorruft.

Ungefähre Erinnerungen meiner Operationen.

Nachdem ich bei vielen Ärzten gewesen war, kam ich durch Fürsprache des Herrn Dr. K. zum Herrn Prof. E. in B. Nachdem ich dem Herrn Professor meine Lebens- und Leidensgeschichte vorgetragen hatte, erklärte er mir folgendes (ungefähr): Meine geistige Lebensauffassung sei über die eines zehnjährigen Jungen nicht hinausgegangen, vielmehr durch einen falschen Trieb (Homosexualität) abgelöst worden. Da meine Geschlechtsorgane aber normal seien, wollte er auf operativem Wege (Samenumleitung) dieses erreichen. Ich war damit einverstanden.

Am ersten Operationstage wurde der Samenleiter des rechten Hodens abgebunden. Nachdem dieses geschehen war, merkte ich, daß der homosexuelle Trieb nachließ und nach 3 Tagen vollständig verschwand. Auf Befragen des Herrn Professors, wie es mir ginge, meldete ich ihm alles. Hierauf erklärte er mir, es käme jetzt darauf an, wie ich mich zum Mädchen einstellen würde, davon hinge alles ab. Nach Hause gekommen, spürte ich den gesunden Drang in meiner Brust. Ich fing an zu lieben und war bald verliebt. Wohl kamen noch öfters die homosexuellen Triebe und Gedanken in mir auf, aber sie waren noch schneller verschwunden, wie sie kamen.

Nachdem 1 Monat verflossen war, fuhr ich wieder nach B., um den linken Hoden ebenfalls zu operieren. Nachdem Herr Professor einsah, daß alles

sich geändert hatte, wurde nun der Hodenkopf des Nebenbodens abgebunden. Nach 5 Tagen war ich wieder zu Hause.

Ich lebte in den ersten 3 Monaten herrlich und gesund und ungetrübt, jedoch ohne geschlechtlich zu verkehren. Nach Ablauf dieser 3 Monate wurde ich so langsam wieder nervös. Eine innere Unruhe löste meine stille Zufriedenheit ab. Das Verhältnis mit dem Mädchen, welches ich einst geliebt, wurde immer kühler, die homosexuellen lustigen Gedanken immer schlimmer. Schließlich wurde das Verhältnis immer mehr widerlich, ja ekelhaft erregend, und schließlich war es ganz erloschen. Ich war in die alte Krankheit zurückgefallen. Ich begab mich nun zu Herrn Professor hin und erklärte ihm alles. Er sagte mir, dieser falsche Trieb säße zu fest in meinem Kopf, und der Hoden wäre ihm zu schwach gewesen. Es wäre Sache eines Nervenarztes, meinen Kopf mal richtig klarzumachen. Nun begab ich mich zu Herrn Dr. X. in B. in Behandlung. Ich wurde nun mit Elektrizität und Medizin behandelt. Nachdem ich dieses eine Zeitlang gemacht hatte ohne den geringsten Erfolg, sagte Herr Dr. X. wieder, es käme eine Übertragung des Hodens jetzt nur in Frage. Dieses sei schon dreimal gemacht worden und hätte immer gut geholfen.

Meine Bemühungen nun, zu diesem Artikel zu kommen, waren bis jetzt leider vergebens. Meine Organe waren ganz wieder erkrankt. In meiner Not wandte ich mich durch Herrn Dr. K. wieder an Herrn Dr. F. in Z., wo mir der rechte Hoden nun entfernt wurde, jedoch ohne Erfolg. Nachdem ich nun bei Herrn Dr. M. in Behandlung bin, sind meine Organe wieder geheilt und mein Verstand wieder klar. Der homosexuelle Trieb jedoch ist immer noch ungeschwächt vorhanden.

Wie aus diesem im Anfang der Behandlung niedergeschriebenen Bericht und den mündlichen Mitteilungen sich ergibt, waren die Hauptursachen der Homosexualität dieses Patienten außer einer gewissen allgemein nervösen Disposition sein Verhältnis zu den Eltern und Geschwistern, ferner die frühinfantilee sexuelle Berührung mit männlichen Kameraden und endlich eine falsche Verarbeitung dieser Erlebnisse im Sinne der Angst, anders zu sein als alle anderen. Indem auf diese Punkte im einzelnen eingegangen, dem Kranken das Wesen seiner Erkrankung an Hand dieser Tatsachen gezeigt und er zugleich angeleitet wurde, durch allmähliche Gewöhnung an weibliche Personen und immer häufigeren, zunächst platonischen Verkehr mit ihnen die ausschließliche Erregbarkeit durch den Mann auszuschalten, gelang es, ihn von seiner homosexuellen Einstellung zu befreien und ihn zu einem wieder normalsexuell empfindungsfähigen Menschen zu machen. Dabei wurden seine Arbeitsfähigkeit und Lebensfrische voll wiederhergestellt.

Was verstümmelnde und unter ungenügender Indikationsstellung vorgenommene Operationen (Unterbindung der Samenleiter und Wegnahme eines Hodens) nicht vermocht hatten, hat hier also eine entsprechende psychophysische Behandlung fertig gebracht, nämlich Umstimmung in sexueller Hinsicht und ganz andere Arbeits- und Lebensfähigkeit.

Der Fall ist auch insofern interessant, weil er zeigt, wie vorsichtig man in der Beurteilung des Erfolges von Operationen bei solchen Kranken sein muß.

Angstzustände.

Die an Angst- und Zwangszuständen Leidenden stehen alle in einem besonders ausgesprochenen Maße unter der Macht unbewußter Gebote und Verbote. Sie sind ausnahmslos in einem besonders lebhaften Daueraffekt befangen und ihre Angst- und Zwangserscheinungen enthalten sowohl Tendenzen zur Lustsicherung wie zur Selbstbestrafung in stärkstem Grade in sich. Zunächst sei hier ein relativ einfacher Fall angeführt, der diesen Mechanismus in klarer Weise zeigt.

Fräulein K. konnte, als sie bei mir in Behandlung eintrat, seit 7 Jahren nicht mehr über die Flußbrücke, die sie, um in ihre Vaterstadt hineinzukommen, überschreiten mußte, zu Fuß gehen, weil sie jedesmal von einem derartig intensiven Gefühl maßloser Angst überfallen wurde, daß sie einfach zusammenbrach und des öfteren von Passanten aufgehoben werden mußte. Die Analyse ergab folgendes: Als Kind vom Vater maßlos verwöhnt, die Mutter bevorzugte eine andere Schwester. Mit 13 Jahren entdeckte sie aus Angaben in der Hausbibel, daß sie schon 5 Monate nach dem Eheschluß der Eltern geboren war. Sie erzählte das einer älteren Bekannten, die die Unvorsichtigkeit beging, ihr zu sagen, daß sie dann eigentlich ein uneheliches Kind sei. Von da an tiefer Haß gegen die Mutter, während sie charakteristischerweise dem Vater gegenüber keinerlei Haßempfindungen hatte. Kurze Zeit nach dieser Entdeckung geht sie mit ihrer ebenfalls recht nervösen Mutter über die Brücke. Die Mutter erklärt ihr, sie habe immer Angst, wenn sie darüber gehe, sie (die Mutter) könnte ins Wasser fallen. Noch während des Ganges über die Brücke wird Patientin selbst von einer ihr ganz unerklärlichen Angst erfaßt, und von da an setzen diese Angstzustände immer ein, wenn sie die Brücke überschreiten will. Den nahen Zusammenhang zwischen dem infolge der Äußerung der Mutter ausgelösten Gedanken an ihre Beseitigung durch einen Fall ins Wasser und dem in der Patientin vorhandenen Haß wegen der außerehelichen Empfängnis sieht man hier ohne weiteres. Sie erhält nunmehr den Auftrag, die Brücke zu Fuß zu überschreiten und während des Gehens sich ununterbrochen laut vorzusagen: „Du willst ja nur die Mutter hier herunterwerfen, und deine Angst hat nur den Sinn eines verbotenen Todeswunsches und einer dadurch ausgelösten Selbstbestrafungstendenz.“ Am Nachmittag dieses Tages kommt sie tatsächlich zum erstenmal zu Fuß in die Sprechstunde und ist von da an dauernd von dieser Phobie frei.

Natürlich war dadurch die Erkrankung als solche noch nicht beseitigt, denn schon die starke Reaktion auf die Entdeckung ihrer außerehelichen Empfängnis weist ja auf eine tiefere Wurzel hin. Diese lag vor allem in ihrem Verhältnis zum Vater, an den sie mit einer ungeheueren Zärtlichkeit gebunden war. Dementsprechend trat nach kurzer Zeit wieder eine Phobie in dem Sinne auf, daß sie im Anschluß an einen erregten Disput mit dem Vater eines Tages bei jedem Versuch, auszugehen, von der furchtbarsten Angst befallen wurde. Der Zweck dieser Angst war klar, als sie mir erzählte, daß nun der Vater sie auf jedem Gang begleiten müsse. Das sei besonders schlimm geworden, nachdem die Burschen ihres Dorfes ihr eines Nachts an das Fenster geklopft (ihre Erotik aufgepeitscht) hätten. Nach eingehender Besprechung dieser und einer Reihe ähnlicher Erlebnisse haben sich ihre Angstzustände in keiner Form mehr wiederholt.

Die Behauptung, daß Angst gleich Wunsch nach etwas Verbotenem sei, wird durch folgenden Fall illustriert:

Frau R., 63 Jahre, hat öfters Angstzustände mit starkem Herzklopfen, erklärt eines Tages, sie wolle sich nicht mehr auf die Chaiselongue legen (wo ich sie leicht zu hypnotisieren pflegte), da sie dann jedesmal solche furchtbare Angst bekomme. Die Aufklärung, daß diese Angst irgend welche erotischen Wünsche dem Arzt gegenüber enthalten könnte, wird unter heftiger Entrüstung mit Hinweis auf ihr hohes Alter abgewiesen. Ich fordere sie auf, sich trotzdem hinzulegen, und wenn die Angst komme, sich diese meine Erklärung laut vorzusagen, in 5 Minuten käme ich wieder herein. Darauf verlasse ich das Zimmer. Nach dieser Zeit finde ich sie tief schlafend vor. Beim Erwachen ist sie vollkommen überwältigt von der Tatsache, daß sie ohne die geringste Angst gewesen sei, nur das dringende Bedürfnis nach Einschlafen bekommen habe.

Das dürfte wohl direkt als Experiment für den Zusammenhang zwischen Angst und Wunsch aufzufassen sein, wenigstens wüßte ich nicht, welche andere Deutung man dieser Beobachtung geben könnte.

Man muß übrigens bei der Diagnose der Angstzustände sich immer gegenwärtig halten, daß es sehr viele lavierte Formen gibt, worauf zuerst E. Hecker aufmerksam gemacht hat und was dann später von Freud, Steckel u. a. weiter ausgeführt worden ist. Diese lavierten Formen können sich unter allerhand vasomotorischen, intestinalen und sonstigen Symptomen verstecken, so daß die Mehrzahl der Ärzte häufig gar nicht auf die Vermutung eines Angstzustandes kommt, sondern alle möglichen körperlichen Ursachen oder „Organneurosen" annimmt. Man macht sich die Möglichkeiten, die sich hier ergeben, am besten daran klar, daß man die Symptome eines voll ausgebildeten realen Angstaffektes sich vor Augen hält. Da haben wir 1. das Angstgefühl, 2. Herzklopfen, 3. Schwindel, 4. Schweißausbruch, Frieren oder Parästhesien aller Art, 5. Zittern, 6. Unsicherheit auf den Beinen („Versagen der Knie"), 7. Druckgefühle, Beklemmungsgefühle auf der Brust, zu denen auch 8. asthmatische Zustände gehören. Diese Symptome können nun bei dem neurotischen Angstzustand alle zusammen vorkommen; es kann aber auch jedes für sich allein auftreten. Im letzteren Falle ist es dann häufig zunächst nicht als Angst zu erkennen und wird erst im Laufe der Behandlung als solche entlarvt. Besonders schwierig sind in dieser Hinsicht die Fälle, wo sich die Angst hinter Kongestionen, Kopfschmerz, Darmstörungen (vor allem Durchfällen) verbirgt. Hier führt natürlich nur eine tiefer dringende Analyse allmählich auch zur klareren Diagnose.

Die Angstzustände sind in ganz besonderem Maße von sexuellen Spannungen abhängig und finden sich infolgedessen auch besonders häufig in all den Zeiten, wo, wie in der Pubertät oder im Klimakterium, Veränderungen auf diesem Gebiete vor sich gehen oder plötzliche Abstinenz durch äußere oder innere Umstände erzwungen wird. Den Übergang von

der Angst in die Sexualität und umgekehrt kann man bei einiger Aufmerksamkeit häufig ganz unmittelbar beobachten.

So erzählte mir ein psychologisch sehr gebildeter und intelligenter Ehemann, dessen Frau ich wegen solchen Angstzuständen in Behandlung hatte, daß sie eines Nachts mit dem Gefühl furchtbarer Angst erwachte, ihn weckte und bat, er möchte Licht machen. Als er versuchte, ihr klarzumachen, daß sie offenbar in einer gewissen sexuellen Spannung sei, wurde sie außerordentlich abwehrend und heftig, geriet aber dann nach kurzer Zeit in eine sexuelle Erregung, wie er sie sonst kaum je bei ihr beobachtet habe.

Die Behandlung der Angstzustände ist im ganzen eine sehr dankbare Aufgabe. Ist eine Regelung des sexuellen Verkehrs aus irgend welchen Gründen nicht möglich, so kommt in körperlicher Hinsicht vor allem eine Reihe von sexueller Spannung ableitenden Prozeduren, wie kalten Sitzbädern, Schwimmen, Turnen, Sport, weiten Wanderungen in Betracht. Die psychische Seite kann entweder mittels einfacher Aufklärung oder in schwereren Fällen mittels einer meist schon nach kurzer Zeit wirksamen, wesentlich die Gegenwartsaffekte aufdeckenden Analyse angegangen werden. Für sehr viele Fälle ist gerade hier die Hypnose ein sehr rasch und sicher, wenn auch nicht immer dauernd wirksames Hilfsmittel.

Frau R., Schauspielerin, kommt wegen heftiger Angstzustände beim öffentlichen Auftreten zu mir, die in letzter Zeit derartig zugenommen haben, daß sie glaubt, nicht mehr fähig zu sein, ihre Tätigkeit auszuüben, weil sie mitten im Spielen stecken zu bleiben fürchtete. Körperlich ist sie gesund, zeigt nur die üblichen Symptome einer allgemeinen Übererregbarkeit. Der Vater ist nervös, ebenso die Mutter, sonst keine Belastung. Sie hat sich immer viel Gedanken über ihre Zukunft gemacht, war jahrelang sehr „schwerblütig", in den letzten Jahren, seit ihrer Verheiratung hat das aber aufgehört. Sie ist einziges Kind. Ihre Eltern haben öfters Differenzen. Mutter ist viel freier als der Vater, hat aber keine Selbstbeherrschung. Vater sehr sorgenschwer, von offenbar depressiver Veranlagung, im übrigen sehr gut und selbstlos. Sie stand mit ihm glänzend, durchschaute ihn aber später nach jeder seiner Charakterseiten hin vollkommen. Sie war früher sehr ehrgeizig, hat immer sehr gut gelernt. Als sie einmal nicht die erste war im Laufe von Jahren, bekam sie eine Depression.

Als früheste Erinnerung tauchen Differenzen zwischen den Eltern auf, wobei sie im allgemeinen die Partei des Vaters nahm, wogegen sie gegen die Mutter häufig schon früh eine starke Abwehr fühlte. Es war ihr z. B. furchtbar, wenn sie mit ihr beten mußte. Als Heranwachsende hatte sie sehr viele Flirts, auch einmal eine ernsthaftere Verlobungsgeschichte. Sie liebte einmal einen Mann leidenschaftlich, der Vater mochte ihn aber nicht. Es gab lange Auseinandersetzungen mit ihm deswegen, und schließlich verlobte sich der junge Mann mit einer anderen, was sie sehr enttäuschte. Sie suchte ihr Glück nun ganz in der Kunst. Aber von jener Zeit an war die Befriedigung darin trotz allem nicht mehr so groß. Für ihren ersten Lehrer hatte sie heftig geschwärmt. Aber dann kam sie allmählich auf einen toten Punkt und bekam die Überzeugung, daß er ihr nunmehr nicht weiter helfen könne. Sie mußte deswegen von ihm weggehen, und das hat er ihr übel genommen, sie habe es

vielleicht auch nicht ganz taktvoll gemacht. Auf diese letztere Bemerkung hin wird sie aufgefordert, anzugeben, was ihr einfalle. Dabei kommt eine unter starken Affekt vorgebrachte Erzählung von einer Mitschülerin zum Vorschein, die ihr bei dem geliebten Lehrer starke Konkurrenz gemacht habe. Lachend sagt sie dann: „Vielleicht bin ich deswegen zu der ‚Überzeugung' gekommen, daß er mir nicht mehr weiter helfen könne." Im weiteren Verlauf der Behandlung kommt immer wieder zum Vorschein, wie stark die Eifersucht auf die besagte Mitschülerin und der gekränkte Ehrgeiz, daß der Lehrer die letztere bevorzugte, waren. Sie habe dieses Mädchen mit Neid bewundert. Daß überhaupt noch jemand neben ihr aufgekommen sei, sei ihr zuerst ganz unbegreiflich gewesen. Die weiteren Erkenntnisse der Analyse zeigten, daß nach ihrer Verheiratung der Ehrgeiz zwar bis zu einem gewissen Grad befriedigt wurde, daß sie aber doch nicht das fand, was sie an Autorität, durch die Erinnerung an den Vater veranlaßt, in dem Mann gesucht hatte. In ihren Träumen sowie in gelegentlichen Fehlhandlungen erwies sich deutlich eine starke Abwehr gegen den Mann, eine gewisse Verhöhnungstendenz und ein beständiges Zurückschielen nach dem vergötterten Lehrer. Der psychologische Zusammenhang ihres Zustandes mit den bisherigen Ergebnissen der Analyse wird ihr wie folgt klar gemacht: durch frühzeitige Wahrnehmung der Differenzen zwischen Vater und Mutter entstand eine Neigung, sich in sich selbst zurückzuziehen; Kunst als Ausweg aus der Wirklichkeit. Dieser Ausweg gestattet ihr auch, einen Teil ihrer sonstigen triebhaften Regungen unterzubringen. Die letzteren können nach der ersten Verlobung anderweitig, und zwar in dem ursprünglichen Sinne, verwandt werden. In dem Augenblick der Enttäuschung aber werden sie aus ihrem normalen Betätigungsgebiet wieder zurückgezogen und wenden sich nun zum Teil auf den Lehrer, der durch seine Bevorzugung der Mitschülerin sie wiederum enttäuscht. Das darf sie sich auf Grund ihres Stolzes nicht eingestehen. Das Unbewußte tut ihr also den Gefallen, eine andere Motivierung für das Weggehen von diesem Lehrer zu finden, nämlich, daß sie in der Technik bei ihm nicht weiter komme. In Wirklichkeit ist das Nichtweiterkommen ihre Rache und das Auftreten von Angst eine Art Selbstbestrafung dafür. Die Angst wird außerdem noch dadurch hervorgerufen, daß sie ihre Sexualität nach ihrer Entlobung nicht mehr recht unterzubringen wußte, daß sie auch nach der Verheiratung den vollen Anschluß an den Mann nicht so fand, wie sie es sich gewünscht hatte.

Nach dieser Aufklärung verschwand die Angst vollständig, und Patientin trat wieder häufig auch öffentlich auf, bis die Angst eines Tages im Anschluß an eine schwere Enttäuschung durch eine öffentliche Kritik wieder aufs neue aufflackerte. Die Analyse ergab zwei weitere Momente: 1. hatte sich in der Kritik eine Redewendung befunden, die an einen alten Onaniekomplex bei ihr anstieß, und 2. waren wieder alte Erinnerungen an eine heftig tadelnde Bemerkung ihres Vaters über ihre äußere Erscheinung in ihr hoch gekommen. Beide Faktoren hatten sich zu der gegenwärtigen Erregung addiert und ihre Widerstandskraft nochmals über den Haufen gerannt. Nachdem sie diese Zusammenhänge eingesehen hatte, blieb die Phobie dauernd verschwunden.

Ein von Kraepelin als Erwartungsneurose bezeichneter Symptomenkomplex gehört auch hierher. Diese Form tritt meist bei Menschen auf, die an sich zu Angstzuständen neigen und bei denen die Störung nun durch jede Erwartung ausgelöst wird, besonders durch eine solche, die mit irgend

welchen wesentlichen Affekten verbunden ist, also bei bevorstehenden Prüfungen, wichtigen Reisen, öffentlichem Auftreten usw. Isserlin und mit ihm J. H. Schultz betonen mit Recht die guten Erfolge hypnotischer Ruhesuggestionen bei derartigen Zuständen. Aber es ist Letzterem zuzustimmen, wenn er sagt, daß es sich dabei meist um symptomatische Besserungen handelt und daß nur gemeinsames psychopädagogisches Arbeiten, besondeers auf Grund genauer Klärung der Entstehungsursache, eine wirkliche Heilung bringe.

Depressionszustände.

Man kann sagen, daß etwa zwei Drittel der gesamten Neurosen, wenigstens derjenigen, die in die Sprechstunden kommen, Depressionen sind oder zum mindesten mit solchen einhergehen. Freilich muß man dabei bedenken, unter wie verschiedenen Formen diese auftreten können: bald als einfache Verstimmung, bald in der Form heftiger, oft periodisch wiederkehrender Schmerzen, dann wieder, und zwar sehr häufig, in der Verkleidung von „Organneurosen", namentlich von Magen- und Darmstörungen, aber auch nicht selten von Herzunregelmäßigkeiten und nicht zuletzt unter der Flagge der sogenannten neurasthenischen Beschwerden in Form abnormer Ermüdbarkeit, Leistungsunfähigkeit und inneren Hemmungen. Auch viele Zwangszustände sind nichts anderes als Ausdrucksformen von Depressionen. Besonders schwierig wird die Behandlung dieser Patienten, weil sie häufig, wenn man an gewisse Komplexe gerät oder auch im Verlauf der Krankheit an sich, Selbstmordtendenzen haben und man sie andererseits oft unmöglich sofort in eine entsprechend sichere Umgebung bringen kann.

In körperlicher Beziehung wirken hier möglichst lang ausgedehnte Bäder und andererseits intensive kühle Prozeduren, oft auch Packungen, recht günstig. In psychischer Hinsicht kommt man mit einer, je nach dem Zustand des Patienten oberflächlicheren oder tieferen Hypnose oft rasch zum Ziele. In allen schwereren Formen dagegen hilft nur eine tief schürfende Psychoanalyse.

Im Mittelpunkt der meisten Depressionen stehen Schuldgefühle. Darauf wird man also hier ein besonderes Augenmerk richten müssen. Verbunden mit ihnen sind gewöhnlich objektiv nicht begründete Angstgefühle und Minderwertigkeitsgefühle. Alle drei knüpfen an infantile Beziehungen, an das Verhältnis zu den Eltern oder anderen autoritären Persönlichkeiten an, denen gegenüber man zu einem bestimmten Verhalten verpflichtet zu sein glaubte, dem man aber doch nicht in der richtigen Weise gefolgt war. Man darf sich dabei durch die sehr häufigen Selbstanklagen der Patienten nicht zu der Annahme verleiten lassen, als hätten sie das Wesentliche ihres Schuldgefühls wirklich erfaßt, man muß vielmehr den meist berechtigten Kern dieser Anklagen herauszuschälen versuchen und nun

unter Umständen sozusagen durch besondere Heraushebung dieses Kernes die dahintersteckenden anderen Tendenzen herauszulocken versuchen.

Einer Patientin, die nach dem Tode ihres an Diphtherie verstorbenen Kindes in eine schwere Depression verfallen war mit dauernden heftigen Selbstanklagen darüber, daß sie nicht alles getan habe, um dieses, ihr einziges Kind zu retten, habe ich z. B. nicht eher helfen können, als bis es gelungen war, ihr den eigentlichen Sinn ihrer Selbstanklagen zu enthüllen. Sie stand nämlich mit ihrem Mann sehr schlecht, hatte ihre ganze Liebe auf das Kind konzentriert, dabei aber jedesmal, wenn sie in dem Kinde gewisse Züge ihres Mannes wiederfand, eine intensive Abwehr dem Jungen gegenüber empfunden. Dieses Haßgefühl hatte, wie sich aus ihren Träumen unzweideutig zeigen ließ, des öfteren die Form heftiger Todeswünsche angenommen, und diese letzteren waren der berechtigte Kern ihrer Selbstanklagen. Im Gegensatz zu der sonst noch meist üblichen Gepflogenheit, solche Kranke betreffs ihrer Schuldgefühle zu trösten, was nur eine Vermehrung der Selbstanklagen auszulösen pflegt, erklärte ich ihr also, daß diese Selbstanklagen berechtigt seien, aber auf eine viel weiter zurückgreifende Zeit sich erstreckten, dagegen die Selbstanklagen über die angeblichen, in Wirklichkeit nicht vorhandenen Vernachlässigungen ihrer Pflicht in der Gegenwart an sich grund- und sinnlos und nur als Deckreaktion für die früheren tatsächlichen Todeswünsche anzusehen seien. Zugleich muß man dann selbstverständlich dem Patienten auch ein Verständnis dafür beizubringen versuchen, wie er zu seinem früheren Verhalten mit Notwendigkeit kommen mußte, so daß er nicht etwa die Möglichkeit hat, seinen Krankheitswillen (der in diesem Falle der Abwehr gegen den Mann galt) hinter diesen neuen Erkenntnissen zu verschanzen. Gelingt das, so hat man den Kampf geegen die Schuldgefühle auf einen Boden verpflanzt, der eine objektivere Verarbeitung der psychischen Vorgänge gestattet. Und so kam es auch in diesem Falle sehr bald zu einer Beruhigung trotz der anfänglich natürlicherweise starken Gegenreaktion gegen meine Behauptung. Der Kranke lernt mit anderen Worten den Sinn seiner Schuldgefühle verstehen und sie damit auflösen.

Ein Beispiel einer wesentlich in körperlichen Symptomen sich äußernden Depression, ist das folgende:

H. R. kommt mit Klagen über allgemeine Leistungsunfähigkeit, seelische Ermüdbarkeit, vor allem aber heftigste Darmbeschwerden. Sobald er einigermaßen schwere Sachen esse, träten tagelang dauernde Durchfälle auf, häufig habe er dabei auch erhebliche Schmerzen im Magen und Darm, und er könne infolgedessen seit Wochen in seinem Beruf überhaupt nichts mehr leisten. Dabei viel Schmerzen in den Beinen und im Rücken, kann oft sehr schlecht gehen. Über seine Vorgeschichte gibt er an: Sehr glückliche Kindheit, Eltern glücklich verheiratet, er, der Jüngste, ausgesprochenermaßen Muttersöhnchen. Verhältnis zum Vater sehr gut. Er war nicht allzu strenge. Hat zwei ältere Brüder, keine Schwestern. Nie besonders zu sexuellen oder sonstigen Exzessen

geneigt. Mit 15 Jahren Onanie, hat sich darüber viele Gedanken gemacht, besonders zur Zeit der Konfirmation, wo er noch sehr religiös war. Mutter sehr fromm. In Großstadt aufgewachsen, Vater einfacher Arbeiter, nachher Gründer einer großen Fabrik, als Patient 12 Jahre war. Reine Neigungsheirat, die mehr von der geistigen Seite ausging und zuerst durch geistige Interessen ausschließlich zusammengehalten wurde. Erst später kam das körperliche Wohlgefallen. Er hat, um früher heiraten zu können, den Beruf wechseln müssen, darüber eine gewisse innere Erregung, Verhältnis zur Frau aber angeblich nicht dadurch getrübt. Sie ist ihm sehr ähnlich, ernste Zerwürfnisse nie. Er hat schon einmal einen ähnlichen Zustand durchgemacht, und zwar, wie er glaubt, wegen einer Versetzung in eine ihm unsympathische Gegend. Das war der größte Kummer seines Lebens, und er fühlte sich die 2 Jahre dauernd unglücklich. Schon im ersten Winter stellten sich die Beschwerden ein: konnte kaum noch gehen, war apathisch, wurde auf Basedow behandelt, Kur in Kudowa. Dann nach einem günstigeren Ort versetzt, sehr viel Arbeit. Im Krieg Trennung von der Frau sehr schmerzlich, Erschießung von 5 Einwohnern eines Ortes vor seinen Augen machte großen Eindruck auf ihn. Er selbst machte viele Gefahren durch. Darauf sehr angenehme und befriedigende Stellung im Osten, zum Schluß nach Westen; kurz darauf zusammengeklappt, da es sehr viele Schreibereien, Scherereien und unangenehmen Dienst gab, also starker Gegensatz gegen Osten. Bei Einstellung auf Darmstörung fällt ihm nur immer der Ort I. und die Zeit vorher ein. Auch bekommt er sofort wieder Schmerzen. Nach seinen Kinderkrankheiten befragt, erzählt er, daß er von der Mutter dabei besonders liebevoll gepflegt wurde. Einmal habe er einen Pfennig verschluckt, große Angst wegen Darmverschluß gehabt. Gerne in der Werkstatt seines Vaters gespielt. Erlebnis mit einem Kaninchen, das er zum Fenster hinaushielt und das, nachdem er kurz vorher gedacht hatte, es könnte ihm entfallen, tatsächlich hinunterfiel. „Es gehörte nämlich meinen Brüdern." Darüber ebenfalls große Aufregung. Einmal vom Vater heftige Prügel, einmal auch von der Mutter. Auf Obertertia viel über Kameraden geärgert, fühlte sich dann nach einiger Zeit zu müde, um mit ihnen weiterzumachen. Damals viel Angst vor einem Lehrer, den er aber trotzdem sehr schätzte. Er wollte vor allen Dingen guten Eindruck auf ihn machen, hatte aber das Gefühl, von ihm ungerecht behandelt zu werden. Damals hat er sich täglich schwer geärgert. Religiös bis zur Studentenzeit sehr stark beteiligt und fromm. Zur Zeit, wo er seine Braut kennen lernte, wurde er freier. Im Anfang hatte er immer ein gewisses Streben, das Verhältnis wieder aufzulösen. In letzter Zeit Sehnsucht nach Religion wieder stärker. Einige Tage darauf erzählt er ausführlicher über die starke Lust, die ihm das Onanieren gemacht habe, und das heftige Schuldbewußtsein dabei. In der Nacht nach dieser Erzählung hat er auffallend starkes Hautjucken, wie er glaubt, infolge der ihm verschriebenen Eisenpillen. Er fügt aber gleich hinzu, daß der Vater auch jahrelang daran gelitten habe, ebenfalls sein gefallener Bruder. Einstellung darauf ergibt: Erinnerung daran, daß der juckende Ausschlag beim Vater sich auch an dessen Genitalien gezeigt habe. Wenn der Vater abends bei Tisch saß und sich juckte, fing es auch sofort bei mir an. Es wird ihm im Anschluß daran das Verhältnis Vater — Sohn, die Imitation und die erotischen Wunschregungen, die sich in dem Jucken ausdrücken, klar gemacht, vor allem auch, daß gewisse Selbstbestrafungstendenzen und Todeswünsche dem Vater gegenüber eine Rolle gespielt haben müßten. Er quittierte darauf sofort mit der Erzählung, daß der Vater in den letzten Jahren des Lebens „auch" nicht

mehr habe gehen können. Es ist offenbar, daß er sich in bezug auf seine Gehbeschwerden mit dem Vater identifiziert. Erst jetzt fallen ihm zahlreiche Beispiele für die Strenge seines Vaters in Schulangelegenheiten ein. Als im Anschluß daran die Rede auf den Unterschied im sozialen Milieu zwischen ihm und dem Vater kommt, klagt er plötzlich über heftige Leibschmerzen. Er erklärt, man müsse in dieser Beziehung zwei Epochen in seinem Leben unterscheiden: die erste bis zum 12. Jahr. Damals erschien ihm sein Vater als ein besonders geachteter Mann, der bei seiner Intelligenz sogar mit einigen Akademikern verkehrte. Das änderte sich, als der Vater in einer anderen Stadt die Fabrik gründete. Er war wohlhabend geworden, und als ich nun in die andere Schule im Westen kam, merkte ich plötzlich den Unterschied in der sozialen Stellung deutlicher. Der älteste Bruder wollte Offizier werden, und da war es ihm unangenehm, zu sagen, daß der Vater nur einfacher Arbeiter gewesen war, er bezeichnete ihn daher als Fabrikanten. Ich fühlte allmählich einen gewissen geistigen Hochmut dem Vater gegenüber und bemerkte diese und jene mir unangenehme kleine soziale Entgleisung, trotzdem mein Vater allgemein geachtet war und sogar von meinen Vorgesetzten aufgesucht wurde. Während im Osten in der Schule meist die Kinder kleiner Leute waren, waren im Westen die Schüler meist viel „feiner". Das imponierte mir sehr. Er erinnert sich noch, daß er einmal im Konfirmationsunterricht sich geschämt hatte, als der Pfarrer sagte, es sei unrecht, Ekel gegen seine Eltern zu empfinden, denn er erinnerte sich, gelegentlich Ekel vor der Mutter, auch vor dem Vater empfunden zu haben. Dabei bekommt er plötzlich Übelkeitsgefühle. Ich erkläre ihm die Übelkeitsgefühle als Folge des Ekels vor irgend etwas, was er mit Vater oder Mutter erlebt habe, und daß dabei sogleich eine gewisse Selbstbestrafungstendenz sicher mit im Spiele gewesen sei. Darauf kommt sofort eine Erinnerung hoch, daß er als ganz kleiner Junge einmal gemerkt habe, daß die Eltern sich küßten und daß ihm das unangenehm gewesen sei. Sehr viel später sei ihm dann einmal der Gedanke aufgetaucht, daß es irgendeine sexuelle Handlung gewesen sein könnte, und er habe sich damit längere Zeit innerlich beschäftigt. Mit 16 Jahren erlebte er einmal, daß sein Vater seiner Mutter in den Schoß griff; das habe ihn furchtbar getroffen und habe sehr lange nachgewirkt, denn bis dahin sei es ihm niemals klar gewesen, daß die Eltern in dieser Hinsicht auch Menschen sein könnten. Die Mutter war im ganzen eine sehr stille und ruhige Frau, sagte nichts; die Brüder dem Vater sehr ähnlich. Im weiteren Verlauf der Besprechung kommen zahlreiche Eifersuchtsideen den Brüdern gegenüber zum Vorschein, namentlich dem ältesten Bruder gegenüber, der später reicher Kaufmann wurde und Gegenstand des Neides des Patienten wegen seiner größeren Einnahme blieb. Auch der zweite Bruder, der gefallen ist, hatte geschäftlich große Ideen im Kopf und wurde von seinem Vater, trotzdem Patient ihn warnte, darin unterstützt. Infolgedessen große Verluste und dauernde Geldsorgen. Das Verhältnis zum Vater war also viele Jahre hindurch gespannt. Aber später habe ihn sein Vater sehr geschätzt und habe sich besonders in seiner Krankheit sehr um ihn gesorgt. Über den Tod des Bruders befragt, gibt er zu, daß er sich zuerst ganz ruhig dabei verhalten habe; er spricht dann aber sofort mit großem Affekt über den Vermögensverlust, den er durch ihn erlitten habe, und daß sein Tod ihm eigentlich nicht unangenehm gewesen sei, wohl weil er unbewußt gedacht habe, daß ja doch nichts mehr gewonnen wäre, auch wenn der Bruder am Leben bliebe. Patient habe immer ein Gefühl der Minderwertigkeit den beiden Brüdern gegenüber gehabt und beson-

ders unter der Rücksichtslosigkeit des gefallenen Bruders gelitten, als sie zusammen in der Kindheit ein Zimmer bewohnten. Patient habe sich oft ihm gegenüber vernachlässigt gefühlt. Später habe ihn seines Bruders Sinnlichkeit abgestoßen. „Trotzdem war ich auf seine Kraft und Geschicklichkeit, z. B. als Rennfahrer, stolz. Besonders hassenswert erschien er mir aber wieder, weil er mich oft bei der Mutter verklatschte.“ Am Tage nach dieser Unterredung fühlt sich Patient sehr elend, ist angeblich stark erkältet, erklärt, vorläufig die Behandlung nicht fortsetzen zu können. Es wird ihm gezeigt, daß diese Symptome nichts als ein Versuch sind, nicht weiter über diese ihm unangenehme Dinge sich klar werden zu müssen. Er erzählt daran anschließend, als er auf dem Marsch von Osten nach Westen gewesen sei, habe er die Nachricht vom Tode seines Bruders bekommen und gehört, daß dieser ihn zum Erben eingesetzt habe. Er habe die Erbschaft angetreten und die Sache einem Rechtsanwalt zur Erledigung übertragen. Es sei dann zum Konkurs gekommen. Die Sache habe sich lange hingezogen, und es gab eine schwere Auseinandersetzung mit dem Konkursverwalter. Schließlich hätten sich die Gläubiger an ihn halten wollen, und dadurch sei das Verhältnis zu dem Bruder immer wieder aufs neue in jener Zeit wachgerufen worden. Es wird ihm nunmehr das Verhältnis zu den Brüdern und dem Vater an Hand des mitgeteilten Materials als ein Verhältnis starken Hasses, schnell einsetzender Reue, dadurch entstehender Tendenzen der Wiedergutmachung (daher z. B. Annahme der Erbschaft, trotz der damit verbundenen Unannehmlichkeiten) geschildert und gezeigt, daß seine Erkrankung im Westen offensichtlich mit diesen Dingen im Zusammenhang gestanden habe. Seine Mutter sei auf seine Braut eifersüchtig gewesen, was ihm in gewisser Beziehung eine Genugtuung war. Mit seiner Frau habe er immer gut gestanden, und doch seien religiöse Differenzen zwischen ihnen gelegentlich vorhanden gewesen. Einmal habe er das Gefühl einer gewissen Entfremdung bei einer bestimmten Gelegenheit gehabt und sei kurz nachher erkrankt. Seine Frau sei damals nicht so verständnisvoll gewesen, wie er erwartet habe. Es wird ihm bei dieser Gelegenheit das Verständnis dafür beigebracht, wie das Gefühl der Sehnsucht nach der Mutter, wenn die Frau versagt, besonders stark zu werden und dann Krankheitssymptome hervorzurufen pflege. Er sagt dann sofort, er habe es in der Tat damals als ganz besonders erfreulich empfunden, daß seine Frau während seiner Krankheit so nett zu ihm gewesen sei, und das habe ihr Verhältnis wieder vollkommen in Ordnung gebracht. Auch sonst, fällt ihm jetzt plötzlich ein, habe er es oft mit Genugtuung bemerkt, daß bei Erkältungen oder ähnlichen Gelegenheiten seine Frau so besonders besorgt um ihn gewesen sei. Er kommt am nächsten Tag und erklärt, wieder besonders schwer gehen zu können und sehr erkältet zu sein. Darauf eingestellt, berichtet er, er habe sich gestern abend über das Mißtrauen seiner Frau gegen die Behandlung und ihre kritischen Bemerkungen darüber geärgert und gleich gedacht: „Wenn mir das nur nichts schadet.“ Der Aufklärung darüber, daß er seine Symptome jetzt produziert entsprechend alter Gewöhnung, teils um die Frau zu bestrafen, teils um sich von ihr wieder besonders gut behandeln zu lassen, folgt er mit Verständnis, und er erklärt nachher lachend, er meine, er fühle sich schon freier im Kopfe. Bei Einstellung auf Schnupfen fällt ihm ein, daß ein Arzt, den er einmal wegen eines solchen Schnupfens im 18. Jahre konsultiert habe, ihn aufgefordert habe, sein Glied zu zeigen, und daß er damals die Ideenverbindung zwischen Schnupfen und geschlechtlichen Vorgängen dadurch bekommen habe. Er habe sich namentlich darüber beunruhigt, daß er dem Arzt nicht die Wahrheit

über das Onanieren gesagt habe. Die Darmstörungen haben sich seit der Besprechung des Ekels gegen die Eltern vollkommen verloren.

Dagegen treten die Depressionszustände und das Gefühl der Gehunfähigkeit, besonders stark noch einmal hervor während der Tage, die der Konfirmation seines Sohnes vorangingen und nachfolgten. Er erzählt, daß er durch dieses Ereignis wieder stark von religiösen Zweifeln und Selbstvorwürfen geplagt sei und sich befragt habe, ob er seinen Kindern auch wirklich ein Vorbild sei. Es wird ihm darauf der nahe Zusammenhang zwischen den Erinnerungen der eigenen Konfirmation und den damals vorhandenen Zweifeln und Selbstvorwürfen und dem heutigen Zustande, der nur eine Wiederholung des damaligen sei, gezeigt. Darauf alsbaldiges Nachlassen der Beschwerden. Noch einmal traten dann nach 2—3 Wochen Darmbeschwerden auf, als ein offenbar sehr starker Komplex angeregt wurde durch die Besprechung seines Verhältnisses zu seiner Tochter. Er erklärt spontan, daß er ihr gegenüber sonderbarerweise öfters deutliche sexuelle Anwandlungen habe, worüber er sich furchtbare Vorwürfe mache, und fügt charakteristischerweise hinzu, die Tochter sei nämlich seiner Mutter sehr ähnlich, sozusagen ihr verjüngtes Abbild. Nachdem ihm darauf die erotische Bindung an die Mutter und der darauf sich aufbauende Kinderwunsch, sich möglichst viel mit seinem Darm, der der Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit der Mutter gewesen war, zu beschäftigen, auseinandergesetzt worden war, verschwanden die Darmbeschwerden dauernd. Die Depression ließ auch nach etwa 6 Wochen nach, und die körperlichen Erscheinungen der Müdigkeit und der Geherschwerung unter dem Einflusse systematischer Gehübungen und weiteren Aufklärungen ebenfalls.

Wir haben also in diesem Falle eine ganze Anzahl von Ursachen der Erkrankung: Verwöhnung, Onanieangst, Schuldgefühle, Abwehr gegen die Ehefrau, Liebe zur Mutter, Verehrung und gleichzeitig Haß gegen den Vater, Ehrgeiz, Eifersucht und Todeswünsche gegen die Brüder, besonders gegen den einen, ein ausgesprochenes soziales und sonstiges Minderwertigkeitsgefühl und neben alledem eine krankhafte Gewöhnung infolge falscher Assoziationsbildung zwischen gewissen körperlichen Symptomen und seelischen Vorgängen.

Bei allen Depressionen besteht ein Gegensatz zwischen Sollen, Wollen, Können. Ganz deutlich ist das im Verhältnis depressiver Frauen zum Sexuellen: im Mädchenalter brechen Depressionen häufig aus, weil der Wunsch nach Liebe und Kindern da ist, aber aus inneren Hemmungen nicht heraus kann. Formel: ich möchte lieben, darf es aber nicht, will also lieber überhaupt nicht mehr sein.

Im späteren Alter der Frau ist die Sehnsucht nach dem Kinde und nach dem Gefallen ebenfalls sehr groß, aber die Rücksicht auf äußere Verhältnisse verbietet häufig weitere Kinder. Auch hier setzt die Depression nicht selten an diesem Punkte an. Formel: ich möchte, aber ich kann aus Rücksicht auf äußere Verhältnisse nicht, also wozu leben?

Im Klimakterium und späteren Alter, wo die Depressionen besonders häufig sind, ist die Naturnotwendigkeit der Hinderungsgrund. Formel: ich möchte, aber ich kann überhaupt nicht mehr, bin also ohne Zweck in

der Welt. In allen diesen Phasen verbinden sich dann entsprechende Schuldvorstellungen mit dieser biologisch bedingten Verzweiflung.

Zur Frage der Schuldgefühle bei Depressionen erwäge man noch folgendes:

Das Wesen des Lebendigen ist Aktivität, also auch Abwehr von Widerständen anderer, die sich der Selbstdurchsetzung entgegenstellen. Die natürlichste, am intensivsten eingeschliffene Reizbeantwortung ist also der Gegenstoß. Dieser biologischen Tendenz zur Abwehr der Einwirkung anderer kommt nun psychologisch betrachtet das Schuldigmachen am nächsten, und es ist daher begreiflich, warum es uns so ungeheuer schwer wird, den Schuldgedanken auszurotten: denn seine tiefste Wurzel ist nicht das erst auf einer höheren Kulturstufe ausgesprochen hervortretende Gefühl des Schuldigseins, sondern das Schuldigmachen, das viel ursprünglicher, primitiver ist. Auch da zeigt sich wieder, daß Instinktives und Kulturelles in uns fortwährende Kompromisse schließen müssen und daß in dem Konflikt zwischen den beiden die meisten Neurosen ihren Grund haben. Solche Erkenntnisse müssen namentlich auch depressiven Menschen vermittelt werden, damit sie ihre Schuldgedanken allmählich durch klare Einsicht verlieren können.

Kaum bei einer anderen Erkrankung ist beständige, wochenlang fortgesetzte Wiederholung derselben Aufklärungen, derselben analytischen Erkenntnisse so notwendig, wie bei depressiven Zuständen. Nur wer endlose Geduld aufbringt, kann hier etwas erreichen. Da die meisten diese Geduld nicht haben, ist es kein Wunder, daß die falsche Ansicht von der Unbeeinflußbarkeit der Depressionen von der seelischen Seite her sich so lange hat halten können.

Inwieweit es gelingt, auch schwere eigentliche Melancholien durch eine systematische Behandlung zu bessern, kann erst die Erfahrung an größerem Material entscheiden. Solche schwer selbstmordverdächtige Fälle lassen sich ja außerhalb der geschlossenen Anstalt selten behandeln. Immerhin sind die Übergänge zwischen einfachen Depressionen und eigentlichen Melancholien so fließende und die von mir behandelten Depressionen waren zum Teil so schwere, daß mir eine Besserungsfähigkeit auch der letzteren in hohem Grade wahrscheinlich ist. Jedenfalls meine ich, daß auch für diese eigentlichen Psychosen der Standpunkt des einfachen Verwahrens, wie er seitens der Psychiater noch häufig vertreten wird, heutzutage durchaus nicht mehr berechtigt ist.

Auf die neuerdings von Freud vertretene Auffassung der Melancholie, die dahin geht, daß dabei ein verlorenes Objekt im Ich wieder aufgerichtet, also eine Objektbesetzung durch eine Identifizierung abgelöst werde, können wir hier nicht näher eingehen, so interessant sie auch ist.

Die Zwangsneurosen.

In den Zwangsneurosen äußern sich symbolische Selbstvorwürfe wegen infantiler, sexueller und sonstiger Triebe, Wünsche und Handlungen. Da die Möglichkeit zur körperlichen Entladung verdrängter Libido nicht vorhanden ist, so muß, wie Freud annimmt, der verdrängte Affekt in der Sphäre des Psychischen sich betätigen, gewisse Vorstellungen werden mit diesem Affekt „besetzt", und sie werden auf diese Weise zu Zwangsvorstellungen. Meiner Erfahrung nach sind alle Zwangsbefürchtungen, Zwangsimpulse, Zwangsverbote und Zwangshandlungen im wesentlichen auf verbotene Beseitigungs- und Todeswünsche und auf sexuelle und Machtwillensregungen sowie auf starke Selbstentsühnungstendenzen zurückzuführen und die Zwangskranken selbst meist Menschen mit besonders ausgesprochenem Schuldbewußtsein bei meist sehr ausgebildeter und das Gefühlsleben besonders stark überwuchernder Intelligenz. Eine Neigung zum Zweifel an sich selbst, zum ewigen Fragen und Reflektieren ist ihnen oft von früh auf eigen. Die verdrängten Vorstellungen, deren symbolischer Ersatz die Zwangsvorstellungen sind, stammen letzten Endes natürlich aus der Kinderzeit, besonders sind es auch sadistische Aggressionen lustbetonter Art, z. B. aktive Verführung anderer Kinder, die infolge von Selbstvorwürfen und Verbot verdrängt werden. Meist besteht ein früh ausgebildetes, abnormes Schamgefühl, Minderwertigkeitsgefühl und Neigung zum Grübeln. Da die Verdrängung nicht vollkommen gelingt, so stellt die Zwangserscheinung symbolisch dar, was in dem betreffenden Menschen vor sich geht. Das Wesen der zugrunde liegenden Ursache läßt sich aus einer großen Zahl von Zwangserscheinungen unmittelbar ablesen; so ist der Waschzwang, die Berührungsfurcht als Symptom der Angst vor Unreinlichkeit, wie er z. B. nach plötzlich unterbrochenem Onanieren als Ersatz desselben auftritt, direkt in seiner Bedeutung zu durchschauen. In anderen Fällen, wie bei Zählzwang, Grübelsucht tritt das Moment der Selbstbestrafung mehr in den Vordergrund. Wieder in anderen, wie z. B. bei zwangsmäßigem Sammeltrieb, das der Selbstentsühnung usw. Über das Wesen der Symbolik in diesen Zuständen gibt der Fall Kr. am klarsten Auskunft.

Frau K. hat jedesmal, wenn sie in einem fremden Hause, namentlich in Hotels, aufs Klosett gehen muß, hinterher stundenlang die Zwangsvorstellung, sie habe sich die Klosettbürste um den Hals gehängt. Sie muß fortgesetzt hinfassen und sich überzeugen, daß sie nicht da ist. Darauf eingestellt, gibt sie an, sie habe auf dem Klosett immer die Vorstellung, es könnte sich vorher ein männliches Wesen dort befunden haben, und es könne etwas von dem deponierten Samen in sie eindringen und sie schwanger machen. Sie habe außerdem einmal ein Gespräch eines Burschen mit ihrem Dienstmädchen mit angehört, wobei der Ausdruck „Bürste" von dem Manne in sexual-symbolischer Bedeutung gebraucht wurde.

Der psychologische Vorgang ist demnach folgender: Es besteht eine deutliche sexuelle Erregbarkeit, die aber bei dem prüden Wesen der Frau nicht bewußt werden darf; sie wird also verdrängt und an ihre Stelle als sexuelles Symbol die Bürste (gleich Penis) gesetzt, die, um den Sinn zu verdecken, dann weiterhin nach oben verlegt wird. Die Patientin kann sich also 1. mit sexuellen Vorstellungen beschäftigen, 2. aber weiß sie bewußt nichts davon; sie kann infolgedessen beliebig lange die Vorstellung festhalten. Die Zwangsvorstellung leistet also zweierlei: 1. vermittelt sie die Verbindung nach der sexuellen Seite hin, läßt diese sozusagen immer wieder anklingen, 2. aber erscheint sie als etwas so Unsinniges, daß sie als „krankhaft" weiter produziert werden darf. Man kann es auch anders ausdrücken: ein Wunsch will bewußt werden, ein Gefühl drängt nach oben, wird aber von den entgegenstehenden Hemmungen zurückgedrängt. Es versucht nun auf einem Nebenweg sich durchzusetzen, indem es eine assoziativ mit der zugrunde liegenden Vorstellung verbundene, aber ihren eigentlichen Sinn nicht verratende Vorstellung sich aussucht. In dieser Verkleidung kann es dann ins Bewußtsein eintreten.

Öfters habe ich den Patienten durch einen Vergleich weiter geholfen, der ihnen das Wesen des Zwangsvorgangs und die Unsinnigkeit des bloßen Appells an den Willen in solchen Fällen zeigt:

Wenn ein Mädchen sich gegen einen Einbrecher schützen will, der mit Gewalt durchs Fenster einzudringen versucht, so geht sie zweckmäßigerweise in ein anderes Zimmer zu ihren Angehörigen. Dagegen gleicht der Zwangsvorstellungskranke oder der Mensch überhaupt, der sich gegen einen Gedanken dadurch zu wehren versucht, daß er immer wieder sich sagt: „Ich will ihn nicht denken, ich lasse ihn nicht hereinkommen," einem Menschen, der einen Eindringling dadurch fernzuhalten versucht, daß er das Fenster krampfhaft immer weiter zuhält. Während dieser Zeit muß er sich aber dauernd mit dem Einbrecher beschäftigen und könnte es also, wenn er sich dauernd mit dem Betreffenden befassen wollte, nicht klüger anfangen, als es so zu machen, wie er es tut. Betreffs der katholischen Lehre von der Einwilligung und Versuchung, die in dieser Hinsicht manche Menschen in Konflikte treibt, muß ihnen also z. B. erklärt werden, daß sie unter Umständen gerade dadurch „einwilligen", daß sie das Fenster zuhalten.

Solche Vergleiche und anschauliche Beispiele überhaupt wirken oft überraschend günstig, wie z. B. auch im folgenden Fall:

Eine katholische Küstersfrau kommt mit allerintensivsten Beichtzweifeln zu mir. Sie läuft am Tage oft zu drei bis vier verschiedenen Pastoren, um sich immer wieder versichern zu lassen, daß sie richtig gebeichtet hätte. Sie schreibt sich, wie sie angibt, bis zu 80 sexuelle und sonstige Sünden auf, die sie zum Teil aus Büchern entnommen hat und deren Sinn sie teilweise nicht einmal versteht, geschweige daß sie sie in Wirklichkeit begangen oder sie zu begehen versucht hätte. Sie kleidet sich, wenn sie zur Beichte geht,

absichtlich in ihre schlechtesten Kleider, setzt den ältesten Hut auf, „um den Pastor nicht etwa in Versuchung zu bringen". Sie fragt den Geistlichen während der Beichte, ob es ihm nicht zur Sünde werde, daß sie solche Dinge mit ihm rede, oder ob es ihr Sünde sei, daß sie solche Dinge beichte. Sie verliert „zufällig" des öfteren die mit ihren Sünden beschriebenen Zettel in der Kirche, kurz, sie verhält sich offensichtlich wie ein Mensch, der von dem heftigsten Drang getrieben wird, sich sexuell zu betätigen und dies nun unter einer Formel tut, die ihm nicht als unrecht erscheint, nämlich unter der Formel der Angst vor der Sünde. Diese Frau war wirklich von ihren Beichtzweifeln aufs schwerste gequält, hatte sich viele Jahre damit herumgeschleppt und wurde dann durch eine geringe Zahl von Aufklärungen über die eigentliche Verursachung ihres Beichtzweifels in dem oben angegebenen Sinne völlig geheilt.

Nervöse Allgemeinstörungen.

Von den allgemeinen nervösen Störungen, zu denen vor allem die Arbeitsunfähigkeit, abnorme Ermüdbarkeit, Schläfrigkeit, Konzentrationsmangel und abnorme allgemeine Reizbarkeit gehören, gilt natürlich dasselbe, was wir schon des öfteren hervorgehoben haben, nämlich, daß diese teils leichte körperliche Grundlagen haben, teils falsche psychische Reizverarbeitungen unseres Gehirns darstellen, teils aber auch bestimmten Zwecken unbewußter Art dienen. Sehr häufig genügen zu ihrer Beseitigung (neben entsprechenden, aber nur anfänglich und für kurze Zeit durchzuführenden körperlichen Maßnahmen, wie Ruhe, Umgebungswechsel, tonisierenden oder auch beruhigenden Medikamenten) einfache Aufklärung im Sinne der Persuasion; oft tun auch einige Hypnosen gute Dienste. Bei längerem Bestand und besonders ungünstigen äußeren oder inneren Verhältnissen wird man freilich ohne Analyse nicht auskommen und gleichzeitige Übungen allmählich sich steigernder Art anschließen müssen.

Schlafstörungen.

Die Schlafstörungen können zunächst natürliche Folgen körperlicher Erkrankung sein, wie sie bei Infektionskrankheiten, organischen Herzkrankheiten, Stoffwechselstörungen häufig sind. Sie können auch wirkliche geistige oder körperliche Überanstrengung, manchmal auch sexuelle Unbefriedigung bzw. Erregung als Ursache haben. Aber in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind sie wesentlich psychogener Natur, und auch die ursprünglich körperlich bedingten werden fast regelmäßig auf seelischem Wege weiter fixiert. Zunächst ist es der für den Eintritt des Schlafes besonders störende Zustand der Erwartung, der hier eine Rolle spielt. Diese Erwartung erzeugt eine Spannung, die dem Eintritt von Müdigkeitsempfindungen so ungünstig ist wie irgend möglich, und es gilt deswegen vor allem, sie auszuschalten. Es ist nicht einzusehen, warum man nicht mit einigen Gaben genügend hoch dosierter Schlafmittel im Anfang den Circulus vitiosus zwischen Erwartung des Schlafes, dadurch eintretender

Verscheuchung und darauffolgender vermehrter Einstellung der Aufmerksamkeit auf das Nichtschlafenkönnen unterbrechen soll. Bei sehr ungläubigen und grüblerischen Patienten, die überhaupt an die Möglichkeit sofortigen Einschlafens auch mit Schlafmitteln nicht glauben, schrecke ich auch nicht davor zurück, durch eine intravenöse Gabe von Somnifen oder eines anderen Narkotikums plötzlich einsetzenden Schlaf zu erzwingen. Hat man dann erst einmal eine Bresche in die feste Überzeugung von der Schlafunfähigkeit gelegt, so kann man meist mit Aufklärung und Hypnose weiterkommen. Vor der Einleitung der Hypnose ist gerade für solche Fälle eine Anzahl von Ruhe- und Konzentrationsübungen zweckmäßig, und die Hypnose selbst muß möglichst lange dauern, so daß eine Gewöhnung an den Ruhezustand eintritt. Bei sehr hartnäckigen Fällen hilft oft die Analyse überraschend schnell weiter. Es gibt außerordentlich viele sogenannte schlaflose Menschen, deren Schlafstörung nichts anderes ist als eine Störung des normalerweise vorhandenen Schlafwunsches im Sinne einer Oppositionshandlung, z. B. gegen den anderen Eheteil, dessen besserer Schlaf dann geradezu als eine Art von Provokation empfunden wird. „Wenn ich meinen Mann so gut schlafend neben mir liegen sehe, packt mich jedesmal eine furchtbare Wut," erklärte mir eine solche Kranke. Sehr häufig ist auch eingestandenermaßen der Anfang der Schlaflosigkeit ein in gewissem Sinne gewollter, wie bei einem Kranken, der mir versicherte, „ich weiß noch ganz genau, daß ich im Anfang meiner Schlaflosigkeit vor vielen Jahren zuerst nicht habe schlafen wollen, weil die Zeit des Schlafes die einzige war, wo ich mich in meinen Gedanken mit der von mir geliebten Frau und mit den um sie herumkreisenden Phantasien beschäftigen konnte. Später ist dann eine Art von Gewöhnung bei mir eingetreten, und nun konnte ich nicht mehr schlafen, auch wenn ich wollte." Diesem Beispiel entsprechend gibt es Schlafstörungen genug, deren Zweck sich auf analytischem Wege enträtseln läßt. Man muß dann die Patienten außerdem anleiten, nicht vergebliche und törichte Versuche zu machen, den Schlaf durch äußere Mittel oder durch irgend welche ablenkenden seelischen Mittel (Zählen, Aufsagen von Gedichten usw.) herbeizuführen, sondern sich den Zweck des Nichtschlafens laut immer wieder vorzusagen. So erlebt man meist recht rasche und dauernde Erfolge. Wie oft alte Kindheitserinnnerungen bei dem Eintritt des Schlafes mitwirken, dafür noch ein Beispiel:

Ein Mathematiker kommt wegen hochgradiger Schlaflosigkeit zu mir in Behandlung. Er hat eine große Summe von Schlafmitteln physikalischer und chemischer Art durchprobiert, erklärt von vornherein, für Hypnose vollkommen unzugänglich zu sein, er habe das auch schon versucht. Er ist auch im Anfang gegen analytische Aufklärung außerordentlich widerspenstig. Nachdem ihm aber doch einige wesentliche Punkte verständlicher geworden waren, rückt er spontan mit dem Geständnis heraus, es gebe einen Ort, wo er sofort und mit absoluter Sicherheit einschlafen könne, das sei

das alte Sofa in der elterlichen Wohnung. Er müsse darauf allerdings in vollkommen zusammengekauerter Haltung (also in der des Kindes im Mutterleibe!) liegen, da es viel zu klein für ihn sei. Aber wenn er sich dorthin lege, könne er sicher sein, innerhalb weniger Minuten tief und lange zu schlafen. Nach diesem Geständnis war er einer weiteren Analyse zugänglicher und hat von da an wenigstens regelmäßig, wenn auch nicht eine ganz genügende Anzahl von Stunden, des Nachts geschlafen.

Frau Sch. kommt wegen einer Unfähigkeit, über 4 Uhr morgens schlafen zu können, zu mir. Um diese Zeit habe sie beständig den Drang, aufzustehen, ob sie um 10 Uhr oder um 2 Uhr zu Bett gehe, sei dabei vollkommen gleichgültig, sie könne unter keinen Umständen mehr schlafen. Als Ursache weiß sie nichts anzugeben. Ich lasse sie sich auf diese Zeit einstellen. Sie lacht und erklärt, es falle ihr nichts ein, sie sehe nur immer wieder die Küche ihrer Wohnung vor sich. Bei Drängen auf weitere Assoziationen fällt ihr die Köchin ein und sodann die Erinnerung daran, wie sie diese und das andere Mädchen etwa vor 2 Monaten morgens um 4 Uhr durch das Kellerloch das Haus habe verlassen sehen, offenbar um zu ihrem Geliebten zu gehen. Sie habe dann auf der Lauer gelegen, bis sie um halb sieben das Mädchen habe wiederkommen sehen und habe sich dabei sehr aufgeregt. Meine Erklärung, daß sie durch diesen Anblick in eine starke sexuelle Erregung geraten sei, die sie dann nicht mehr habe schlafen lassen (sie hatte einen sexuell völlig impotenten Mann), weist sie mit heftiger Entrüstung zurück, kommt aber am nächsten Tag und erklärt, sie habe zum erstenmal bis halb acht geschlafen, aber was ich ihr gestern erklärt habe, das sei selbstverständlich Unsinn. Indessen glaube sie jetzt dauernd wieder den richtigen Dreh zum Schlafen gefunden zu haben. Tatsächlich blieb von da an ohne weitere Behandlung die Schlafstörung verschwunden.

Schmerzzustände.

Sie sind einer kombinierten psychophysischen Therapie in einem Maße zugänglich, wovon zum Schaden der Kranken die wenigsten Ärzte zur Zeit noch eine Ahnung haben. Jeder, auch der organisch bedingte Schmerz, hat eine psychische Komponente in sich. Die Stärke ihrer Beteiligung am Zustandekommen des Schmerzes hängt teils von der allgemeinen Sensibilität des betreffenden Individuums, teils von den Begleitumständen, teils von gewissen allgemeinen psychophysischen Konstellationen ab. Man kann bei organisch bedingten Schmerzen oft mit einem geringen Bruchteil der Narkotika auskommen, wenn man psychotherapeutisch richtig vorgeht. Andererseits hat man diese Mittel sehr häufig bei psychisch veranlaßten Schmerzen überhaupt nicht nötig, ja, sie sind oft direkt gegenangezeigt, weil sie doch letzten Endes die Sensibilität immer weiter steigern. Zahlreiche Fälle von Morphinismus und anderen Süchten ließen sich bei Berücksichtigung dieser Tatsache vermeiden; denn gerade die lang anhaltenden Schmerzen, die ja meist die erste Veranlassung zum Morphinismus geben, sind besonders oft psychisch vermittelt.

Es ist nicht verwunderlich, daß gerade der Schmerz so oft als psychisches Krankheitssymptom auftritt: wir alle haben ihn ja von Kindheit

an in irgend einer Form kennengelernt; er ist ein sehr ausdrucksvolles Phänomen, assoziiert sich infolgedessen besonders leicht mit allerlei anderen Faktoren, und das Mitleid, das wir mit uns selbst haben, wenn wir Schmerzen ertragen müssen, läßt uns auch sehr stark auf die Schmerzen anderer reagieren, d. h. mit—leiden (beim Ungebildeten noch viel deutlicher als beim Gebildeten). So eignet sich der Schmerz in hervorragendem Maße dazu, wirksames Ausdrucksmittel für allerlei unbewußte Wünsche, Strebungen, Haß-, Abwehr- und Rachereaktionen zu sein.

Wenn eine körperliche Grundlage für Schmerzen irgend welcher Art nicht aufzufinden ist und sie längere Zeit hindurch dauern, wie z. B. bei vielen Ischiasfällen und anderen sogenannten Neuralgien und Myalgien, so denke man immer an die Wahrscheinlichkeit psychischer Verursachung. Es gibt aber auch noch andere Anhaltspunkte, die uns nach dieser Richtung weisen, so die Art, wie die Schmerzen geschildert werden, welches Verhältnis das Individuum ihnen gegenüber einnimmt („Ich habe wieder meine Schmerzen"), wie sie wechseln, unter welchen Umständen sie besonders leicht auftreten, ob eine depressive Grundstimmung vorhanden ist: es gibt, wie bereits erwähnt, periodische Depressionszustände, die fast ausschließlich unter der Form eines, oft in jedem Anfall an derselben Stelle auftretenden Schmerzes sich äußern, auch stellen sie sich oft im Anschluß an bestimmte Zeiten (Geburtstage von Angehörigen oder sonstige Familiendaten) ein. Aus einer großen Anzahl analysierter Fälle von lang dauernden und heftigen Schmerzen hat sich mir als allgemeine Regel ergeben: der Schmerz tritt sehr oft an denjenigen Stellen auf, wo früher einmal besonders große Lust empfunden wurde, die nun nicht mehr zu erlangen ist oder für deren Genuß man sich glaubt bestrafen zu müssen.

Eine junge Künstlerin kommt mit heftigsten Schmerzen in der linken Brust zu mir. Sie hat große Angst, es handele sich um Brustkrebs, und hat schon eine große Anzahl anderer Ärzte deswegen konsultiert, die ihr zum Teil Zweifel über die Gutartigkeit des Leidens beigebracht haben. Organisch nichts, vorsichtshalber schicke ich sie zum Chirurgen und lasse eine Probeexzission zwecks mikroskopischer Untersuchung machen. Ergebnis: Keine bösartige Neubildung. Nachdem ich ihr so Sicherheit über die relative Harmlosigkeit des Schmerzes gegeben hatte, erkläre ich ihr bestimmt, daß irgend ein psychischer Zusammenhang vorliegen müsse. Sie kommt dann zunächst mit allerlei Erinnerungen an Eindrücke aus der Kindheit, wo sie bei verschiedenen Verwandten Brustkrebs erlebt hatte, und erzählt namentlich auch, daß ihre Mutter deswegen für sich selbst sehr ängstlich gewesen sei. Erst nach mehreren Sitzungen rückt sie mit der Mitteilung heraus, der Schmerz sei zum erstenmal aufgetreten, nachdem sie ein Verhältnis zu einem anderen Künstler habe aufgeben müssen. Sie mache sich jetzt besonders Vorwürfe darüber, daß sie sich ihm auch sexuell hingegeben habe. Er habe bei seinen Liebkosungen gerade die linke Brust als seine Lieblingsstelle bezeichnet und besonders gerne gestreichelt. So oft sie daran denke, überfalle sie ein Gefühl von gekränktem Stolz, Scham und Reue, dabei aber doch oft noch Sehnsucht. Von dieser Sitzung an ließen die Schmerzen sehr rasch nach, um

dann nach weiterer Aufklärung innerhalb kurzer Zeit vollkommen zu verschwinden.

Hier dient also der Schmerz ganz offenkundig einerseits dem Zweck der Selbstbestrafung gerade an der Stelle, wo früher besondere Lust empfunden wurde, andererseits ist er ein Mittel, sich weiter mit dieser Lust in einer als erlaubt erscheinenden Form beschäftigen zu können. Die Bereitschaft zum Auftauchen des Schmerzes war außerdem durch die Kindheitserlebnisse begünstigt.

Diese Tatsachen sind so gesetzmäßig, daß man durch Augenblicksdiagnosen den Patienten oft verblüffen und dadurch manchmal einen sehr plötzlichen Erfolg haben kann.

Vor einigen Jahren wurde mir von einem Ohrenarzt ein junges Mädchen überwiesen, das er wegen dauernder Schmerzen am linken Warzenfortsatz ohne Erfolg behandelt hatte. Sie drängte auf Operation. Bei Mangel sonstiger, zum Eingriff berechtigender Symptome, wollte er aber zuerst noch meine Meinung hören. Die Patientin machte einen ungewöhnlich prüden, dabei erotisch stark erregten Eindruck. Nachdem ich mir einiges aus ihrer Krankheitsgeschichte habe erzählen lassen, fragte ich sie geradezu: „Hat er Sie denn gerade auf diese Stelle geküßt?“ Sie wird krebsrot und erklärt: „Um Gottes willen, haben Sie uns denn gesehen?“ Weitere Fragen ergaben, daß dieser Kuß auf die hintere Halsgegend der erste gewesen war, den sie von einem fremden Mann unter heftigem Widerstreben bekommen hatte, und das plötzliche Verschwinden der Schmerzen bestätigte wieder die obige Regel.

Besonderer Erwähnung bedürfen unter den Schmerzzuständen die besonders häufigen sogenannten rheumatischen Beschwerden und die Kopfschmerzen. Man kann ruhig behaupten, daß unter 100 Fällen von sogenanntem Rheumatismus (Muskelrheumatismus und oft genug auch sogenanntem Gelenkrheumatismus) 90 ganz überwiegend psychischen Ursprungs sind. Dabei, wie auch bei Kopfschmerzen, spielen ungelöste Konflikte, Triebspannungen irgend welcher Art, Tendenzen zum Ausweichen gegenüber bestimmten Lebenssituationen eine außerordentlich wichtige Rolle und sind deswegen einer entsprechenden Behandlung meist sehr rasch und dauernd zugänglich. Das gilt auch für die Migräne, wie ich im Gegensatz zu Kronfeld entschieden hervorheben muß. In einer großen Zahl jahre- und jahrzehntelang bestehender Migränezustände hat mir eine tiefer eindringende Analyse die allerbesten Dienste getan. Allerdings ist hier die Verbindung mit physischen Maßnahmen besonders bedeutsam. Vor allem muß dabei die Blutgefäßtätigkeit in entsprechender Weise angeregt und auf Diät, Regelung der Verdauungstätigkeit, Gymnastik und vernünftige Tageseinteilung geachtet werden.

Alle zur Beseitigung der Schmerzen vorgenommenen, körperlich beruhigenden Maßnahmen, wie Diathermie, Wärme- und Kälteapplikationen, kräftiges Faradisieren und Galvanisieren, lokale und allgemeine Ein-

spritzungen und sonstige Medikamente, können, wie gesagt, aufs kräftigste unterstützt werden durch allgemeine Aufklärung, beruhigenden Zuspruch, Entspannungsübungen, ferner durch Anleitung, wie man sich allmählich trotz anfänglicher Vermehrung des Schmerzes durch regelmäßige Übungen, und zwar sowohl aktiv wie passiv anspannende, im Ertragen und im Nichtbeachten des Schmerzes trainieren kann. Vor allem wirkt oft sehr günstig die Hypnose. Letztere kann man entweder so verwenden, daß man die Ruhe wirkungsvoll zur Geltung kommen läßt, also in der Form der Dauerhypnose, oder dadurch, daß man durch entsprechende Suggestion den Schmerzcharakter allmählich verwandelt und gleichzeitige körperliche Maßnahmen suggestiv weiter verarbeiten läßt. Für hartnäckigere Fälle bleibt auch hier die Analyse das letzte und häufig glänzend wirkende Mittel.

Ein Fall, der ganz klar die Benutzung von Schmerzen zum Zwecke der Darstellung bestimmter, als Erinnerungen zur Zeit noch nicht erlebbarer Vorgänge und Erlebnisse zeigt, der also zu gleicher Zeit ein Beleg für die Richtigkeit von Freuds Ansicht ist, viele Neurotiker wiederholten Szenen aus der Kindheit, während sie sie noch nicht erinnern könnten, sei hier kurz dargestellt.

Eine wegen zahlreicher anderer Beschwerden bei mir in Behandlung stehende Dame hat auch sehr häufig Beschwerden und Schmerzen an den Zähnen. Im Verlaufe der Analyse erkläre ich ihr eines Tages, sie dürfe nicht glauben, daß sie für mich etwas anderes sei, als jeder andere Patient, auch wenn sie selbst zur Zeit noch in einer starken Übertragung auf mich stehe. In diesem Augenblick setzt ein derartig rasender Zahnschmerz bei der Patientin ein, daß sie sich vor Schmerzen krümmt, und während sie sonst bei grob-körperlichen Beschwerden keineswegs besonders empfindsam ist, schreit und wimmert sie wie ein kleines Kind. Sie erzählt dann unter beständigem Wimmern auf meine dringende Aufforderung, daß sie solche Schmerzen zum erstenmal gehabt habe unmittelbar nach der Geburt ihrer jüngsten Schwester. Damals sei es so schlimm gewesen, daß einmal nachts drei Ärzte an ihrem Bett gestanden hätten, ohne helfen zu können. Der von ihr damals noch vergötterte Vater habe sie als siebenjähriges Kind manchmal nächtelang herumgetragen, und es werde ihr jetzt erst klar, daß die maßlose Liebesenttäuschung bei der Geburt der Schwester an diesen Schmerzen schuld gewesen sei, denn die jetzige Situation sei ja der damaligen analog. Sie habe offenbar die Eltern damals verhindern wollen, noch einmal sich zu vereinigen, da sie nicht bloß eine maßlose Eifersucht auf das neugeborene Schwesterchen, sondern vor allem auf die Mutter gehabt habe. Während dieser Erzählung wird der Schmerz immer besser, bis zu dem Augenblick, wo ich sie aufforderte, mir noch einmal genauer die Art ihrer Liebe zum Vater zu schildern. Da bricht er wieder von neuem los und schlimmer als vorher. Durch unablässiges Drängen, weiter zu erzählen, kommt sie dann schließlich dazu, mitzuteilen, daß sie im 13. Jahre ebenfalls maßlos starke Zahnschmerzen gehabt habe. Damals habe sie aber bereits in der Trotzeinstellung dem Vater gegenüber gestanden und deswegen bei Schmerz sich nur still vom Essen gedrückt und den Schmerz für sich allein abgemacht, sei nachher allerdings immer kreidebleich wiedergekommen. „Das war das Finale des Verhältnisses zu meinem Vater, von da an habe ich

nichts mehr von ihm wissen wollen, und jetzt haben Sie mir doch erklärt, daß bei Ihnen auch bald das Finale da ist, d. h. daß ich bald selbständig weiterlaufen soll." Dabei lacht sie komplexmäßig und erklärt nach kurzer Zeit, der Schmerz sei nunmehr ganz verschwunden. Erst von dieser Zeit an kam die Erinnerung an die Stärke der sexuellen Bindung an ihren Vater und der Eifersucht auf die Schwester besonders deutlich zum Vorschein: sie konnte also jetzt, nachdem ihr der Sinn der Wiederholung dieser infantilen Szene klar geworden war, erst eigentlich wieder erinnern.

Sehr eindeutig in seiner Psychogenese ist auch der folgende Fall: Frau J. konsultiert mich wegen heftiger, lange Zeit vergeblich behandelter Schmerzen in der linken Nierengegend, die manchmal auch tiefer im Unterleib sitzen. Gynäkologisch und chirurgisch voruntersucht, geröntgt, ohne daß organisch etwas zu finden war. Bei Druck in die linke Nierengegend wird Schmerzhaftigkeit angegeben, sonst ist objektiv nichts Besonderes zu finden. Am Nervensystem die körperlichen und psychischen Zeichen einer allgemeinen Übererregbarkeit. Beginn der Schmerzen vor 10 Jahren, damals 16 Jahre alt, als sie eine Hungerkur anfing, weil Mutter sie zu dick fand. Sie tat das mit Widerstreben. Sie beobachtete, daß Erregungen die Schmerzen leicht auftreten ließen. Mit Mutter waren in dieser Zeit sehr viel Meinungsverschiedenheiten. Einziges Kind, früher mit sehr viel Sorgen umgeben, erkannte keine Autorität an, dabei immer sehr viele Wünsche. Der Vater war doppelt so alt wie die Mutter. Sie wurde geboren, als Vater 74 Jahre alt war, er war daher, als sie ihn bewußt erlebte, ein alter Mann, infolgedessen hatte auch er keine Autorität. Mit Mutter viele Szenen, redete dann wochenlang nicht mit ihr. Der ganze Haß gegen die Mutter trat erst nach dem Tode des Vaters bei ihr auf. Mutter anderer Konfession wie der Vater. „Der religiöse Konflikt, der dadurch immer entstand, hat schon sehr früh auf mich eingewirkt, denn es wurde sofort eine der Konfession des Vaters entsprechende Kinderfrau genommen, die mich stark beeinflußte. Manchmal betete zuerst die Kinderfrau auf ihre Weise und dann die Mutter auf die andere mit mir. In diesem dauernden religiösen Hin und Her ging es bis zur Schule, dann erst wandte ich mich innerlich der Seite der Mutter zu. Mit 10 Jahren verlor ich den Vater und wurde dadurch auch von der Kinderfrau getrennt. Es gelang aber der Mutter nicht, mich innerlich von ihr zu scheiden. Mutter war immer kränklich und sehr ernst, litt furchtbar unter den Konfessionsschwierigkeiten, glaubte sich dadurch innerlich von mir entfremdet. Es ist sicher nicht zufällig, daß ich später einen Mann geheiratet habe, der die Konfession der Mutter, also nicht die meinige hatte." Durch die Anwesenheit von Kindern aus der ersten Ehe weitere Komplikationen und auch ein gewisser Haß auf den Vater, weil er seine Liebe ebenfalls diesen Kindern zuwandte. Oft Gefühl, daß das Alter des Vaters ihr peinlich war, namentlich in der Schule, wenn er sie dort besuchte.

2. Sitzung: Sexuell ist sie sehr kühl, hat immer wenig Lust dabei empfunden, erwartete immer mehr als sie fand. Hatte immer mehr weibliche wie männliche Schwärmereien, und zwar manchmal ganz tolle. Hat sich, wenn sie sich mal in einen Mann verliebte, immer in ältere Männer verliebt, z. B. schon als Zwölfjährige in einen 45jährigen. Mit 14 Jahren zum erstenmal „entdeckt", wie die Frau aussieht. Bei Heirat aber völlig unaufgeklärt. Mit 14 bis 15 Jahren einige Male krampfhaftes, aber angenehmes Gefühl in der Scheide, sonst sexuell angeblich nichts. Später mal kindliche Schwärmerei für einen Lehrer. Aber dann oft Liebe zu Frauen, die sie geschlechtlich

aufregen konnten, namentlich wenn sie sich anzogen. Zum erstenmal als Kind mit 9 Jahren Schwärmerei mit Ausländerin, dann 2 Jahre später wiederum mit einer Französin, ebenso einmal in der Pension. Mit 19 Jahren zum erstenmal richtig in ihren Mann verliebt und starker Wunsch, sich mit ihm zu verloben. Doch schon damals eine gewisse Enttäuschung über sein Verhalten. Sie fühlte seine Unentschlossenheit deutlich heraus.

3. Sitzung: Die erste Empfängnis fand sehr schnell nach der Verheiratung statt, und die Schwangerschaft ging ohne Schwierigkeiten vor sich, dagegen hatte sie nachher 3 Fehlgeburten (im 3. und 4. Monat) hintereinander. Ihr Mann habe sie zu sehr immer als Kind genommen. Sie sei in der ganzen Verlobungszeit innerlich zerrissen gewesen, habe nie gewußt, ob sie ihn fest besitze. Eine Körperverletzung ihrer Mutter in dieser Zeit wirkte auf sie sehr stark ein, sie geschah an dem Tage, wo sie ihre Einwilligung zu ihrer Verlobung gab. Die kranke Mutter schrie während der ganzen Verlobungszeit Tag und Nacht vor Schmerzen. Bei der Verlobung habe ihr Mann ihr zuerst erklärt, warum er sich nicht mit ihr verloben könne, dann aber plötzlich maßlos leidenschaftlich losgelegt, so daß sie gleichsam überrannt worden sei. Später in der ersten Zeit der Ehe hatten sie dann wieder auseinander gehen wollen, und er habe oft zu ihr gesagt: „Mach' doch, daß du zu deiner Mutter kommst!" Er hätte ihr fast die Türe gewiesen, und zwar in einer Zeit, wo sie ganz unmöglich weggehen konnte, da sie keine Heimat hatte. Das war nach der 2. Fehlgeburt. Seit dieser Zeit ist eine Konzeption nicht mehr geglückt. Schon in der ersten Nacht habe sie gewußt, daß sie für ihn erledigt sei, und sei daher selbst immer kalt geblieben. Dagegen schon damals manchmal Schmerzen wie jetzt. Die Verlobungsszene sei so heiß gewesen, daß sie ganz etwas anderes erwartet hätte. Sie habe immer vor allem Kraft vom Manne verlangt und nichts mehr verabscheut als das Schwächliche, wollte immer gerne Junge sein und sich unter keinen Umständen unter jemand beugen. Einmal schlug sie Mutter und stieß sie zurück; als sie merkte, daß Mutter körperlich schwächer war, da ordnete sie sich überhaupt nicht mehr unter. Durch Erregung von Mitleid war bei ihr gar nichts zu erreichen. Einmal als kleines Mädchen habe sie an dem Arm eine kleine warzenähnliche Hervorragung gehabt, dabei sei sofort der Wunsch entstanden: „Du läßt dir das jetzt herausmachen und stehst dann als Heldin da." Vor einigen Jahren habe sie sich sozusagen zum Spaß eine Nasenoperation machen lassen. „Ich ließ mich eigentlich operieren aus Neugierde, wegen des Nervenkitzels."

4. Sitzung: Sie habe die Lust am Schmerz zum erstenmal ganz deutlich bei Gelegenheit der oben erwähnten Nasenoperation bemerkt. Der betreffende Ohrenarzt arbeitete damals mit einem Frauenarzt in derselben Klinik zusammen. Sie wurde zuerst von dem Frauenarzt 10 Monate lang am Genitale geätzt wegen Ausfluß und begegnete ihm bei dem Ohrenarzt häufig. Es wird ihr jetzt erst klar, daß dadurch wohl eine Verschiebung der Wünsche, die sie bei der Behandlung des Frauenarztes empfunden haben müsse, auf ihren Ohrenarzt stattgefunden habe.

5. Sitzung: Bei der ersten Fehlgeburt sei sie nicht vorsichtig genug gewesen, das habe sie sich zum Vorwurf gemacht; es quäle sie das Gefühl, ihre Pflicht nicht getan zu haben. Kommt dann noch einmal auf ihre religiösen Konflikte zu sprechen. Sie würde es nicht so schwer haben, wenn ihr Mann eine andere Konfession aus wirklicher Überzeugung vertreten würde. Sie habe aber das Gefühl, daß er es nur tue, um die Leitung an sich zu reißen, und das empöre sie.

6. Sitzung: Wird sehr erregt und unruhig, als sie mich heute mit einer Rekordspritze durch das Zimmer gehen sah und gleichzeitig Lysol roch. Es fallen ihr sofort Behandlungen beim Zahnarzt und eine Rachenoperation ein, als sie 5—6 Jahre alt war. „Ich setzte meinen Ruhm darein, Lorbeeren zu ernten als Heldin im Aushalten von Schmerzen. So kam es, daß ich öfters dachte: ich muß mich mal wieder auf diese Weise auszeichnen. Mit 10 Jahren sah ich, daß die Mutter öfters Kampferspritzen bekam, weil sie schwer krank war. Ich hatte den Wunsch, daß möchte ich auch erleben." Mit 12 Jahren hatte sie eine kleine harmlose Hautoperation am Arm. Sie nahm zwei Mitschülerinnen mit, die sehen sollten, wie stark sie sei, und war sehr enttäuscht, als sie hinausgeschickt wurden. „Auf eine Nasenoperation hatte ich früher schon vor der letzteren Operation einmal Lust. Ich dachte sogar, es würde mir Spaß machen, wenn die örtliche Betäubung versagen würde." Sie könne sich Lust ohne Schmerz nicht vorstellen. Manchmal, wenn sie vergnügt sei, denke sie: „Wenn ich doch jetzt noch Rückenschmerzen oder sonst etwas hätte, dann wäre es mir angenehm." Die Bewunderung, die sie mit 5 bis 6 Jahren bei dem Nasen- und Zahnarzt wegen ihrer Tapferkeit fand, tat ihr sehr gut. „Im Augenblick, wo ich vor 3—4 Jahren beim Herausziehen der Nerven aus dem Zahn den Schmerz fühlte, kam eine solche Ruhe und Passivität über mich, daß ich das Gefühl hatte, mich von den Schmerzen sozusagen passiv beherrschen zu lassen. Ich hatte den Gedanken: Das möchtest du noch einmal durchmachen. Auch hatte ich das Gefühl, jetzt ist der Augenblick, wo ich den Versuch machen könnte, mich dagegen aufzulehnen, ich kann es aber nicht einmal wünschen", (das Gefühl völligen Beherrschtseins gibt ihr also offenbar Ruhe). Es sei genau das gleiche Gefühl, das sie sich von der Ehe versprochen habe, das absolute Beherrschtwerden zugleich mit Schmerz.

Ihr Mann habe sie nie überlegene Kraft spüren lassen, auch z. B. nicht, als er sie deflorierte. Er habe dann sofort, als er ihr weh tat, abgelassen. „Ich wollte gerne geleitet sein, habe mich nach einer festen Hand gesehnt, und er war mir zu weichlich und zu wenig männlich." Trotzdem habe er im Anfang der Ehe immer den Herrn spielen wollen, betonte dabei aber immer, daß er bei allen anderen Frauen alles nett und reizend fand, bei ihr nicht. Ihre religiösen Differenzen mit ihrem Mann seien auch stark gewesen.

7. Sitzung: Mit 7—10 Jahren erinnert sie sich einer besonders schönen Zeit im Elternhaus, die mit dem Tod des Vaters endigte. „Ich war bei dem Todeskampf des Vaters dabei und war ganz allein mit ihm. 5 Tage nachher bekam die Mutter Herzstörungen, und ich nahm auch richtigen Abschied von ihr." Das sei ebenfalls furchtbar für ihr Kinderbewußtsein gewesen. Seit der Behandlung habe sie so einen Kraftüberschuß in sich, daß sie glaube, ein halbes Dutzend 12-Pfund-Jungens bekommen zu können. Sie fühle sich überhaupt viel zu kräftig für ihren Mann. Sie habe immer eine Verehrung für die Gesundheit gehabt. „In dem Augenblick, wo meine Mutter krank wurde, war es mit meiner Liebe für sie vorbei." Nur das Starke könne ihr imponieren, und alles Schwache müsse sie mißachten. „Mein Vater hatte wahrscheinlich dadurch großen Einfluß auf mich, daß alles, was ich von ihm weiß, stark war. Dagegen wurde die Mutter von den anderen Menschen belächelt und war daher für mich erledigt. Sehe ich meinen Mann schwach, z. B., daß er nicht gerne durch die Dunkelheit geht, lehne ich mich sofort gegen ihn auf."

8. Sitzung: „Muß jetzt abends immer nachsehen, ob der Gasherd geschlossen und ob die Türen zu sind." Die Symboldeutung, daß sie damit sexuelle Wunschregungen zum Ausdruck bringt, wird lebhaft von ihr akzep-

tiert mit den Worten: „Diese Ehe hat eben nicht das geringste in mir befriedigt."

Weiterer Verlauf günstig, Schmerzen immer geringer, zuletzt ganz verschwunden, obwohl das Verhältnis zum Ehemann noch in mancher Beziehung zu wünschen übrig ließ. Die Kur mußte dann, da die Patientin wegziehen mußte, abgebrochen werden. Wie ich aber nach einem Jahre feststellen konnte, hat die Wirkung der Behandlung angehalten.

Der Fall ist übrigens auch wegen seiner außergewöhnlich stark masochistischen Komponente psychologisch interessant.

Frl. P., 50 Jahre alt, kommt mit heftigen Schmerzen in der linken Stirnseite zu mir. Diese haben vor ¾ Jahren begonnen, setzten dazwischen einmal einige Wochen aus, kamen dann aber wieder, verschwanden vollkommen während eines Aufenthalts im Schwarzwald, stellten sich aber sofort aufs neue ein, als sie in ihr Amt zurückkehrte. Sie hat selbst bemerkt, daß seelische Erregungen wesentlich bei der Auslösung des Zustandes beteiligt sind, doch haben ihr verschiedene Ärzte versichert, daß das Leiden „rein organisch" sei, und zwar wurde ihr als Begründung dafür die tatsächlich vorhandene Druckempfindlichkeit an der Außenstelle des 1. Supraorbitalnerven angegeben. Objektiv bestanden sonst die Zeichen allgemeiner Übererregbarkeit, stark gesteigerte Sehnenreflexe, Lidflimmern, erhebliche Hautschrift. In ihrem Beruf war sie als besonders tüchtig und eifrig bekannt. Auf meine Aufforderung schreibt sie den in gewisser Beziehung charakteristischen Lebenslauf:

„Mein Leben kann ich mit einem Bächlein vergleichen, das fast immer seinen Lauf durch schöne und blühende Auen genommen. Nur die Nachkriegszeit hat mir besondere Schwierigkeiten gebracht, die tiefen Eindruck auf mein Innenleben gemacht haben.

Meine Kindheit und Jungmädchenzeit waren für mich schön und sorglos. Sowohl in meiner Schulzeit als in meinen Studienjahren stand ich zu meinen Lehrern und Lehrerinnen in denkbar schönstem Verhältnisse. Der erste große Schmerz für mich war der frühe Tod meiner Mutter, als ich eben 1 Jahr mein Lehrerinnenexamen hinter mir hatte. Ich zählte 20 Jahre. Meinem Berufe habe ich stets mit meiner ganzen Persönlichkeit angehangen und gedient, war stets bemüht, eine gute, ja beste Klasse zu haben, ging nie ohne eingehende Vorbereitung zur Klasse — fand reichen Lohn in der Liebe und Anhänglichkeit meiner Schülerinnen, im Vertrauen der Eltern derselben und in der Anerkennung meiner Vorgesetzten.

Mit der Revolution nach dem Kriege vollzog sich gleichzeitig eine solche auf dem Gebiete der Schule. Diese war hier gegen die Vorgesetzten gerichtet und spaltete auch uns Lehrerinnen in zwei Lager. Mir persönlich erwuchs aus dieser Spaltung viel Leid durch das Verhältnis zu einer Kollegin, mit der ich vorher in innigstem Arbeits-, nicht Freundschaftsverhältnis, gestanden. Wir beide gehörten auch im Lehrerausschusse verschiedenen Strömungen an. Diese Gegensätzlichkeit beeinflußte auch unsere gemeinsame Jugendpflegearbeit ungünstig, was mir viel Kummer bereitete. Auch die Schulleitung wechselte in dieser Zeit und brachte eine Persönlichkeit, die mir nicht in dem Maße gewogen war wie der Vorgänger. Eine Kränkung war für mich die Einforderung eines kreisärztlichen Gutachtens über meinen zeitigen Gesundheitszustand, weil ich nach 30 Dienstjahren — die reich an Vertretungen erkrankter Kolleginnen sind — zur Zeit den ersten Urlaub habe.

Zu meinen Eltern und Geschwistern stehe ich in einem guten Verhält-

nisse und brachte und bringe noch heute große Opfer, wenn notwendig, für deren Bestes.

Sexuelle Regungen sind bei mir eigentlich erst in den letzten Jahren, Wechseljahren, eingetreten, als ich durch meine Jugendpflegearbeit mit Männern zusammen arbeiten mußte. Der Wunsch, mit solchen zusammen leben zu wollen, ist nie in mir aufgestiegen; es bedeutete für mich sogar ein Opfer, früher und zur Zeit noch — meine Jungfräulichkeit preisgeben zu müssen. Meine Mütterlichkeit — als dienende Liebe aufgefaßt — zu betätigen, hatte ich reichlich Gelegenheit als ältere Schwester meinen jüngeren Brüdern gegenüber, als Lehrerin meiner Schülerinnen und als mütterliche Freundin schulentlassener Mädchen. Gerade im letzten Falle habe ich, leider, nicht selten Undank geerntet. Gerade die in sittlichen Gefahren schwebenden Mädchen waren Gegenstand meiner besonderen Sorge. — Eine unbewußte, erst viel später erkannte sexuelle Erregung empfand ich wohl im 15. oder 16. Lebensjahre, als ein Herr, mit dem ich Geige spielte, mir die Finger bei einer Griffart auf der Geige zurechtsetzte. Etwa 3 Jahre später kam mir das zum Bewußtsein in meinem letzten Studienjahre. Ich bin in meinem Leben selten außer dienstlichen Anlässen mit Herren zusammengekommen, habe z. B. nie in meinem Leben getanzt, auch nicht gewünscht, eine Gelegenheit dazu zu finden. Noch heute lese ich nur ganz selten einen Roman, den letzten vor etwa 4 Jahren. Jede andere Beschäftigung im Haus, für die Schule oder die schulentlassene Jugend ging mir vor. Zur Zeit löste ich lieber eine schwierige Gleichung, als daß ich zur Lektüre griff. — Auch will ich erwähnen, daß ich in den letzten 10 Jahren öfters in die Gelegenheit kam, öffentlich reden zu müssen. Bis ich auf dem Rednerpulte stand und begonnen hatte, war ich gewöhnlich sehr aufgeregt. Ich redete auch immer frei und darum vorher die Angst, einmal stecken bleiben zu können. Meine Selbstbeherrschung ging so weit, daß meine Zuhörerinnen mich ob meines scheinbaren Gleichmutes bewunderten. — In den letzten 3 Jahren habe ich sehr darunter gelitten, daß man mir aus purer Eifersucht falsche Motive in meiner jugendpflegerischen Arbeit zu unterschieben versuchte, mich um das Vertrauen beneidete, das mir von gewisser Seite in reichstem Maße viele Jahre hindurch geschenkt worden war. Über solche Kränkungen mit anderen zu reden, habe ich stets gemieden. Ich glaubte am besten darüber hinwegzukommen, wenn ich sie in mir niederdrückte."

Das am meisten Hervortretende in diesem Lebenslauf ist eine stark ausgeprägte Tendenz, besonders „gut" zu sein, ein sehr ausgeprägter Ehrgeiz mit stark ausgesprochenem Pflichtbewußtsein und eine gründliche Verdrängung aller sexuellen Regungen. Die Aufklärung über die Bedeutung unbewußter Faktoren beantwortete sie zunächst mit stark vermehrten Schmerzen und mit dem Versuch, sich der Behandlung zu entziehen. Aber schon nach 3 Tagen erzählte sie mir spontan, daß es ihr auffalle, wie sehr sich die Schmerzen jedesmal vermehren, sobald sie einer ihrer Kolleginnen begegne und dabei denken müsse, sie könnte sie für faul halten, weil sie sich jetzt Urlaub genommen habe. Nachdem ihr an diesem Beispiel die Bedeutung seelischer Faktoren für das Zustandekommen ihres Zustandes gezeigt worden war, kam sie damit heraus, daß zu Beginn ihrer Erkrankung eine starke Dissonanz mit ihrem Direktor vorhanden gewesen sei, der ihr, als sie sich sehr elend fühlte und nach 30 Jahren zum ersten Male um Urlaub einkam, Faulheit vorwarf. Kurze Zeit darauf setzten die Schmerzen ein. Auf diese eingestellt, fällt ihr dann weiter ein, daß sie etwa 3 Jahre vorher einmal

im Theater gesessen habe. Da sei ihr etwas zur Erde gefallen und sie habe sich mit einem Herrn, der neben ihr saß, gleichzeitig danach gebückt. Bei dieser Gelegenheit hätten sich ihre Stirnen (die ihrige auf der linken Seite) berührt, und das habe ihr ein wohliges Gefühl verursacht. Einmal habe auch eine Bekannte ihr über die Stirne gestrichen und gesagt: „Was haben Sie für eine zarte Haut." Am Tage nach dieser Mitteilung geht es ihr wesentlich besser. Dann hatte sie gegen Abend Besuch von einer Dame, die mit ihr früher im Vorstand der Jugendfürsorge war. Dadurch tauchten alte Erinnerungen an die unangenehmen Auseinandersetzungen dort und die dadurch verursachte Kränkung ihres Ehrgeizes auf. Sie bekam sofort Schmerzen, wußte sie aber schon durch Erkenntnis dieser Zusammenhänge sehr rasch zu bannen. Am nächsten Tage stellten sich die Schmerzen ein, als ihre Schwester ihr erzählte, daß eine Kollegin sie habe besuchen wollen, es war eine von denen, die ihr weniger sympathisch waren. Die sofort einsetzenden Schmerzen vermochte sie ebenfalls wieder durch die Erkenntnis der Zusammenhänge schnell zu vertreiben. Nach einem weiteren Tage kommt sie mit der Mitteilung, es falle ihr auf, daß sie in der Kirche regelmäßig starke Schmerzen bekomme. Darauf eingestellt, erinnert sie sich daran, daß der dort meist amtierende Pfarrer der Vorsteher der Jugendfürsorge gewesen sei, und daß sie sich mit ihm häufig gezankt habe. Sie wird darauf aufgefordert, nunmehr den Kirchenbesuch möglichst häufig zu wiederholen und sich dabei dieser Tatsache intensiv zu erinnern, sich beim leisesten Auftreten von Schmerz sofort zu sagen: „Das ist ja nur der gekränkte Ehrgeiz, der sich durch den Anblick des Pfarrers in dir regt." Von da an hatte sie auch in der Kirche keine Schmerzen mehr.

Im Verlauf der nächsten Zeit erinnert sie sich, daß der Schmerz zum erstenmal aufgetreten sei, als sie bei einem Jugendfürsorgekongreß gewesen und dort etwas angegriffen worden sei. Auch ärgerte sie sich stark über die Kollegen eines Redners, der ihr großen Eindruck machte, weil die ersteren über ihn spotteten. „Ich fühlte eine starke Verehrung für diesen Mann." Weiterhin erzählt sie von ihrer Schwester, die noch tausendmal empfindlicher und genauer sei, als sie und mit der sie öfters Differenzen habe, namentlich auch deswegen, weil sie sich um den Vater stritten. Dieser ist blind und muß daher von den beiden Schwestern versorgt werden. Die Patientin gibt ihm das Essen und die Schwester kritisiert dann oft, sie hätte zuviel oder zuwenig gegeben, was sie dann jedesmal schwer ärgerte. Zu dem Vater steht sie jetzt sehr gut, gibt aber zu, daß er oft sehr lästig ist wegen seiner Blindheit, und daß sie sich früher sehr viel über ihn geärgert und erregt hat, weil er öfters betrunken war und sie dann in diesem Zustand mit ihm über die Straße gehen mußte. Bei diesen Erinnerungen treten akut die Schmerzen wieder auf, beruhigen sich aber nach Aussprache. Dagegen kommt sie am folgenden Tage mit allerheftigsten Schmerzen und Zuckungen in der linken Gesichtshälfte wieder; sie könne mir nicht sagen, was ihr gekommen sei, da es ihr zu peinlich sei. Nach langer Hemmung berichtet sie dann, daß sie mit 4—5 Jahren im Hause der Eltern von dem Sohne des Hauswirtes irgendwie vergewaltigt worden sei. Er habe sich rittlings auf sie gesetzt. Was er gemacht habe, wisse sie nicht mehr genau. Auch habe sie zwischen 9 und 12 Jahren sexuelle Handlungen mit anderen Mädchen vorgenommen, in die auch der Bruder des einen Mädchens verwickelt war. Sie habe sich nachher maßlos darüber geschämt, wisse aber nichts mehr davon. „Später kam es dann vor, daß ich mich zu

Freundinnen besonders hingezogen fühlte, und zwar zu zweien. Wir waren im gleichen Hause. Es gab viele Küsse und Umarmungen. Ein einziges Mal fühlten wir, daß wir zu weit gegangen waren, und haben uns dann vorgenommen, das unter keinen Umständen mehr zu tun. Es kam dann später ab und zu eine nächtliche geschlechtliche Erregung vor. Die kam auch gestern wieder, als ich an diese Sache mich erinnerte. Auch im Halbschlaf habe ich manchmal Bewegungen mit den Beinen gemacht, die wohl als onanistisch aufzufassen sind. Ich war ja über geschlechtliche Dinge absolut nicht orientiert. Wenn mir ein Pärchen auf der Straße begegnete oder eine Schwangere, fühlte ich mich schwer bedrückt und sah weg. Einmal habe ich im Schlafzimmer des Vaters auch dessen Organe gesehen und mich darüber sehr entsetzt, und einmal, als er sich über Mutter bückte und sie küßte, während sie im Bett lag; das habe ich auch schleunigst verdrängt. Einmal in der Kirche ging der Küster herum, und die Falten seines Mantels fielen mir auf den Rücken. Ich erschrak furchtbar, und so oft ich jetzt erschrecke, habe ich wieder das Gefühl hinten im Rücken wie damals. Die Bedeutung erotischer Dinge wurde mir erst später klar, besonders als mir einmal eine Freundin beim Nachhausegehen einen Kuß gab und sagte: „Den Kuß hätte ich eigentlich einem jungen Mann geben wollen, aber ich gebe ihn jetzt dir, weil ich nichts Besseres zur Verfügung habe.“ Zu Hause waren Zärtlichkeiten gar nicht üblich, und ich habe deswegen dergleichen erst spät kennen gelernt. Während dieser Geständnisse kommt eine Schmerzattacke nach der anderen, und sie wird sehr ängstlich und erregt dabei, meint, jetzt würde sie die Schmerzen überhaupt nicht mehr los werden. Am nächsten Tag starker Widerstand, erklärt, sie habe gestern sich vorgenommen, da es ja doch nicht besser werde, lieber nicht mehr zu mir zu gehen, aber in der Nacht habe sie gut geschlafen und heute fühle sie sich so wohl wie seit längerer Zeit nicht.

Nachdem die Besserung einige Tage angehalten hatte, kam sie wieder und hatte vermehrte Schmerzen, ohne zu wissen warum. Bei Einstellung darauf fiel ihr zunächst das Haar ihrer Schwester ein, dann, daß sie die Schwester darum als Kind glühend beneidet hätte, und endlich, daß sie am Tage vorher mit ihr einen starken Krach gehabt habe, nach dem auch schon gestern die Schmerzen aufgetreten seien. Sie seien dann aber wieder durch eine Ablenkung verschwunden.

So ging es zunächst noch einige Tage mit dem Befinden auf und ab. Da starb ein Geistlicher, der sie durch sein schroffes Wesen in der Schule oft schwer geärgert hatte. Bei seiner Beerdigung setzt ein ganz intensiver Schmerzparoxismus ein, und das nähere Eingehen auf die Persönlichkeit dieses Mannes ergibt, daß er zahlreiche Ähnlichkeiten mit ihrem Vater hatte, die sie als Kind ebenfalls schon zu erregen pflegten, und daß sie ihn sub forma Abwehr doch mehr geliebt hätte, als sie sich zugeben wollte. Dieser Schmerzanfall war der letzte intensive. Sie kam dann noch mit einer Anzahl von Kindererlebnissen zum Vorschein, die, an sich harmlos, doch starke Erregungen, vor allem Schuldgefühle, bei ihr ausgelöst hätten. Es war deutlich, wie jedesmal prompt vor jeder Erzählung noch eine kurze Schmerzwelle erschien. Einmal kam sie mit ziemlicher Erregung zu mir: sie hatte zwei Hunde koitieren sehen und fühlte jetzt „ein merkwürdiges Stoßen im Leibe, das nach oben sich fortsetzte und in Schmerz ausartete“.

Man sieht in dieser Krankengeschichte die nahe Beziehung zwischen Sexualität und Schmerz auf das allerdeutlichste. Doch ist auch hier zu

bemerken, daß außer dem Sexualaffekt jeder andere Affekt, vor allem Schuldgefühle und daraus resultierende Selbstbestrafungstendenzen ebenfalls in dieselbe Bahn mündet. Immerhin habe ich hier wie bei vielen anderen Fällen ähnlicher Art immer wieder die Erfahrung gemacht, daß der eigentliche ursprüngliche Antrieb für den Vorgang, der den Schmerz auslöst und ihm den Weg weist, sexuelle Vorgänge sind, wenn nicht zufällig bestimmte Nervenbahnen bei anderen Affektvorgängen besonders naheliegende Abflußmöglichkeiten darbieten.

Patient F. K. kommt wegen heftiger Schmerzen in den Enden sämtlicher Finger und in beiden Beinen zu mir. Er ist von zahlreichen Ärzten behandelt worden nach verschiedenartigen Diagnosen, vor allem „Gicht" und „Rheumatismus". Anfängliche körperliche Behandlung ist auch bei mir ganz ohne Erfolg. Auf meine Aufforderung, mir zu sagen, ob er irgend welche besonderen Erlebnisse gehabt habe, bringt er zuerst Klagen über seine zweite Frau vor, und daß er schon früher, wenn er sich wegen etwas schuldig gefühlt habe, z. B. nach dem Onanieren, das Gefühl gehabt habe: „es fährt mir etwas in die Beine". Seine erste Frau habe über ähnliche Schmerzen geklagt und sei dann an Zuckerkrankheit gestorben, habe aber vorher furchtbar darunter gelitten, daß ihr die Extremitätenenden allmählich abgestorben seien. Er müsse an dieses Absterben der Beine und der Fingerenden bei seiner Frau sehr oft denken. In der letzten Zeit habe er durch seine Schwägerin, die Schwester der ersten Frau, sehr viel Unannehmlichkeiten gehabt. Er habe sie heiraten wollen und ihr auch ein Geschäft gegründet, und er verlange nun, da er sich für das Geschäft verbürgt habe und sie nicht zahlen könne, die Möbel seiner ersten Frau zurück, was zu Verstimmungen Anlaß gebe. Im weiteren Verlaufe stellt sich dann noch heraus, daß er mit der zweiten Frau schon zur Zeit der Krankheit der ersten sexuell verkehrt habe, und daß er dadurch gezwungen gewesen sei, sie anstatt der Schwägerin zu heiraten. Nachdem ihm die Bedeutung der Schmerzen als Ausdruck der Selbstbestrafung für die Untreue an der ersten Frau, als Wutäußerung der Schwägerin gegenüber, des Hasses und der Abwehr gegen die zweite Frau klar geworden war, verschwanden die Schmerzen völlig, tauchten nur noch einmal heftig auf, nachdem er einige Stunden bei mir vergebens im Wartezimmer hatte warten müssen und, da er in sein Geschäft mußte, unverrichteterweise wieder wegzugehen gezwungen war. Er kam am Tag darauf und erklärte mit überlegenem Lächeln: „Sehen Sie, die Sache ist eben doch gichtisch, sonst hätte ich doch nicht ohne allen Grund sie wieder bekommen." Auf meine Frage, wann die Schmerzen denn wieder aufgetreten seien, erklärt er: „Fast in demselben Augenblick, wo ich die Türe bei Ihnen hinter mir zugemacht hatte. Sie denken doch nicht etwa, daß das mit dem Ärger über Sie zusammenhängt?" Als ich das energisch bejahte, sagte er lachend: „Ja, es kann möglich sein." Nach diesem letzten Versuch, die Schmerzen festzuhalten, blieben sie dauernd verschwunden.

Zur Psychopathologie der Süchte[1]).

Man hat bisher, wenn man eine Erklärung der Süchte zu geben versuchte, die Frage entweder nur von der körperlichen Seite her angefaßt und eine mehr oder minder theoretische, physiologisch-chemische Erklärung geliefert, oder aber psychische Faktoren als Ursache angenommen, die sich der äußeren Beobachtung unmittelbar aufdrängten, wie gegenwärtiger Ärger, augenblickliche Sorgen und Unbefriedigungen aller Art. Sowenig nun diese Ursachen in ihrer Wichtigkeit und unmittelbar auslösenden Bedeutung verkannt werden dürfen, so ist es doch offenbar, daß wir weder für die Entstehungsweise der Süchte noch für ihre Behandlung daraus genügende Anhaltspunkte bekommen. Es lag nahe, anzunehmen, daß unbewußt sich abspielende Vorgänge neben den physiologischen uns so gut wie unbekannten, auch bei den Süchten eine Rolle spielen müßten.

Ein Fall ausgesprochenen Rauchzwanges hat mich zuerst veranlaßt, diesem Problem etwas weiter nachzugehen.

Die Kranke kam in einem Zustand hochgradiger allgemeiner Erregbarkeit, verbunden mit starken Stimmungsschwankungen, zu mir. Sie litt heftig darunter, daß sie zwangsmäßig große Mengen Zigaretten rauchen müßte, 20 Stück am Tage und mehr. Nach einer hypnotischen Behandlung war sie imstande, wenngleich nicht ohne das Gefühl starken Zwangs, ¾ Jahre ohne Zigaretten auszukommen. Dann traf sie sich mit ihrem Mann, nachdem er längere Zeit im Felde abwesend gewesen war und mußte unmittelbar vorher wieder rauchen, da sie ein Grauen vor dem sexuellen Verkehr mit ihm gehabt habe. Von diesem Zeitpunkte an war auf hypnotischem Wege nichts mehr zu erreichen, und ich mußte also analytisch vorgehen. Aus der sehr umfangreichen Krankheitsgeschichte hebe ich nur für unsere Frage wesentliche Punkte hervor.

Zum ersten Male hatte sie als kleines Mädchen einmal an einer Zigarre des Vaters geraucht, die die Mutter während dessen Abwesenheit in einem gewissen Trotz, wenn auch halb scherzend, angesteckt hatte, und an der sie sie einige Züge tun ließ, was ihr sehr behagte. Dann hat sie als junges Mädchen von 16 Jahren von einem Onkel anläßlich eines gemeinsamen Aufenthalts auf einer Nordseeinsel ein Täschchen mit Zigaretten geschenkt bekommen. Ihr Vater war 2 Monate vorher gestorben. Sie hatte ihn als Kind aufs zärtlichste geliebt, war aber infolge seiner beständig nörgelnden Art und weil er sie eines Tages der Schwester gegenüber als die körperlich weniger Schöne bezeichnet hatte, in eine ebenso starke Haßeinstellung zu ihm hineingekommen. Der Onkel stand dagegen mit seiner Tochter besonders innig, schlief mit ihr im gleichen Zimmer und war in jeder Beziehung untertäniger Kavalier. Sie geriet dadurch in eine große Erregung, weil sie das von Vater doch auch so gerne gehabt hätte, und produzierte damals nächtliche Angstzustände. Sie verliebte sich dann auf der Insel in einen Grafen, mit dem sie dauernd zusammen war, ohne daß die starke erotische Erregung aber zu irgend welchen Taten geführt hätte. Statt dessen trat in diesen

[1]) Nach einem im Jahre 1924 auf der Versammlung der südwestdeutschen Psychiater und Neurologen gehaltenen Vortrage.

Wochen ein immer mehr zunehmender Zwang zum Rauchen auf. Nach der Rückkehr von der Insel erfährt sie von dem Selbstmord eines Freundes, dessentwegen sie sich berechtigte Vorwürfe machte, erlebt auch noch einmal eine starke erotische Anregung von einem sie ausgesprochen sinnlich begehrenden Schriftsteller. Zugleich fängt sie eine Hungerkur an, um schlanker zu werden, wobei sie das Zigarettenrauchen zum Zweck der Vertreibung des Hungers benützte.

Als Faktoren, die die Entstehung der Rauchsucht begünstigten, kamen also gleich zu Beginn in Frage: Erregungen allgemeinster Art, vor allem sexuelle, Selbstvorwürfe gegenüber dem Vater und Freund, Selbstbestrafungstendenzen („Ich muß auch sterben, nachdem ich die beiden in den Tod getrieben habe"), schon damals auch ein gewisser Trotz, weil sie wußte, daß der Vater das Rauchen von Frauen stark verpönte, endlich die nicht zu unterschätzende körperliche Komponente, die das Entstehen einer Gewöhnung besonders begünstigen mußte. So war der Boden für die Anknüpfung weiterer Assoziationen an die Vorstellungen der Zigarette und die Empfindungen des Rauchens gegeben.

Solche Assoziationen tauchten nun im Laufe der Analyse in großer Anzahl auf, und dabei war das den engen Zusammenhang zwischen den analytischen Ergebnissen und dem Rauchen Beweisende die Tatsache, daß die Patientin jedesmal, wenn ein mit dem Rauchen verbundener Komplex sich einstellte, wie sie selbst immer wieder konstatierte, zwangsmäßig zu rauchen oder wenigstens zur Zigarette zu greifen pflegte. So, als sie von einem jungen Mann erzählte, der sie zum erstenmal sexuell bewußt stark reizte und der zugleich vom Vater ihr sozusagen als Sexualobjekt durch eine lobende Erwähnung seiner Kraft empfohlen worden war. Er brachte ihr auch den Begriff des „französischen Rauchens" bei, d. h. des Einatmens des Rauches, den der andere Teil lungenrauchend ausatmet. Ferner, als sie von einem Maler erzählte, der ihre Eitelkeit durch seine Lobsprüche über ihre körperlichen Reize anregte und ihr zugleich dauernd Zigaretten schenkte, und als sie darüber berichtete, wie ihr späterer Ehemann ihr das Rauchen verbieten wollte und sie es von da an als eine Art Machtprobe auf seine Geduld und Kraft ihr gegenüber benutzte. Als Ausdrucksweise des Trotzes hatte sie es, wie erwähnt, schon dem Vater gegenüber unmittelbar nach dessen Tode gebraucht. („Ich wußte, daß er sich furchtbar darüber ärgern würde und tat es deshalb gerade.") In diesem Sinne benutzte sie es dann weiter in ihrem Verhältnis zu ihrem Mann und später nach dessen Tode ihrem zweiten Gatten gegenüber. Auch um eine Enttäuschung irgend welcher Art zu überwinden, griff sie zur Zigarette. Besonders heftig wurde die Rauchsucht, als von ihren Minderwertigkeitsgefühlen wegen ungenügender Schulbildung die Rede war. Ferner diente ihr das Rauchen zum Zwecke einer Erhöhung des Lebensgefühls, der Erzeugung eines gewissen Rauschzustandes, „um nicht klar denken zu müssen", sich zu betäuben, sich einzuschläfern. Eine Freundin (mit der sie eine tiefe, wenn auch nur dunkel bewußte homosexuelle Neigung verband), von der ihr sonst in allem widersprochen und von der sie in jeder Hinsicht beherrscht wurde, ließ sie allein im Punkte des Rauchens ruhig gewähren, so daß sich die Befriedigung, wenigstens in einer Hinsicht sich durchgesetzt zu haben, wiederum mit der Zigarette verband. Da außerdem alle Männer, mit denen sie als junges Mädchen und junge Frau zusammenkam, sich beeilten, ihr Zigaretten zu bringen (was übrigens für die Symbolik, die die Männer in solche Handlungen legen, auch charakteristisch ist!), so knüpfte

sich an das Rauchen für sie überhaupt das Gefühl einer Befriedigung ihrer Begierde nach Herrschen und Bewundertwerden. Auf der anderen Seite freilich schlossen sich an das Rauchen auch lebhafte Minderwertigkeitsgefühle an in dem Sinne, daß sie willensunfähig, schlapp und krank sei. Sie vermied es deswegen auch, soweit sie konnte, bewußt ängstlich, sich öffentlich rauchend zu zeigen, währenddem man, wenn man sie unbemerkt bei solchen Gelegenheiten beobachtete, ein gewisses Kokettieren mit der Zigarette nicht verkennen konnte. Als sie einmal darauf aufmerksam gemacht wird, fällt ihr eine ausländische Kindheitsfreundin ein, die ihr einst gesagt habe, man müsse die Beine übereinanderschlagen, wenn man Zigaretten rauche, um den Männern zu gefallen.

Ist schon im bisherigen die symbolische Verwendung des Rauchens und der Zigarette als Ausdruck von sexueller Erregung, von Trotz, vom Willen zur Macht, als Wut-, Enttäuschungs- und Minderwertigkeitsreaktion unverkennbar, so führen andere Äußerungen der Kranken noch weiter zu dem tieferen unbewußten Sinn und Zweck des Rauchens. Sie sagt: „Ich muß rasch hintereinander rauchen, um die Gier zu stillen. Es geht zwangsmäßig weiter, bis ein gewisses Gefühl in der Luftröhre entsteht, das mir zeigt, daß ich satt bin.“ Sie erklärt dann ein andermal, sie müsse rauchen, weil sie sich nach Brutalität sehne, die sie nie erlebt habe. Sie habe ihren Mann aufgefordert, sie zu schlagen, bis sie das Rauchen lasse, und habe ihn verachtet, als er sich durch kulturelle und ethische Rücksichten habe verleiten lassen, zu früh damit aufzuhören, denn er habe ihr ja damit gezeigt, daß er zu schwach für sie sei. Sie erzählt, daß sie immer versucht habe, dem Weibe gegenüber eine männliche Rolle zu spielen, kann während dieser Erzählung den Drang, zu rauchen, kaum bezähmen. Im unmittelbaren Anschluß daran sagt sie: „Ich glaube, ich sehe in der Zigarette doch so etwas wie einen Penisersatz. Von dem Augenblick an, wo mir mein erster Mann körperlich unangenehm geworden ist und ich sexuell nicht mehr ohne Widerstand habe verkehren können, ist das Rauchen in seiner tollsten Form aufgetreten.“ Auch hatten sich ihre homosexuellen (übrigens gänzlich platonischen) Beziehungen immer aufs stärkste mit der Vorstellung, rauchen zu müssen, verknüpft, zumal eine ihrer besonders intimen Freundschaften die mit der Schwester des französisch rauchenden Verehrers war. Im Verlauf der Analyse kam allmählich ein sehr ausgesprochener Penisneid zum Vorschein, der sich, wie sie mir erzählte, in der Form äußerte, daß sie sich bei ihrem Mann nach den Funktionen dieses Organs, nach den Empfindungen des Mannes darin, nach der Art des Urinierens usw. mit einer, nach ihrem eigenen Ausdruck geradezu kindischen Neugierde erkundigte, ihn immer wieder darauf aufmerksam machte, daß er alles nur diesem zufälligen „Anhängsel“ verdanke, und daß der Mann an sich doch minderwertig sei.

In dieser Zeit trat auch ein sehr starkes Verlangen danach auf, den Penis in den Mund zu nehmen, und ungefähr gleichzeitig eine intensive Wut auf die Mutter, weil sie sie nicht selbst genährt, ihr nicht die Brust gegeben, sie überhaupt nicht geliebt habe. Als Kind erinnere sie sich auch, intensive Lutscherin gewesen zu sein! Sie glaube, das Ziehen an der Zigarette sei auch eine Art von Saugenwollen an der Mutterbrust. Eine besonders starke Rauchwut machte sie durch, als sie nach langem Widerstand damit herausrückte, daß ihr erster Mann sie vor der Ehe defloriert habe. Sie sei sich dauernd in ihrer Ehe besonders degradiert vorgekommen, aber wie sie glaube, noch mehr infolge der Überwältigung durch den Mann. Das habe ihren Geschlechterhaß und ihre Wut darüber, nicht selbst Mann zu sein, sehr stark

aufleben lassen. Bei dem gelegentlich vorkommenden Onanieren habe sie auch immer rauchen müssen, ebenso, als der Ehemann sie in der Verlobungszeit an der Vagina berührt habe.

Unter dem Einflusse dieser Aufklärungen und Affektentladungen wurde das Rauchen allmählich immer mäßiger, so daß es aufhörte, eine Sucht zu sein, d. h. ihrem bewußten Willen wieder unterstellt war.

Ohne den Tatsachen Gewalt anzutun, ist man schon nach diesem kurzen Auszug aus der an sonstigen Hinweisen oben mitgeteilter Art überreichen Krankengeschichte berechtigt, die Entstehung des Rauchzwanges in diesem Falle sich ungefähr so vorzustellen: In der frühen Kinderzeit wird ihr die Lust am Rauchen durch das Vorbild des Vaters und die erwähnte Handlung der Mutter gezeigt. Dann wird im 16. Jahre die Vorstellung Zigarette und Rauchen mit der gegenwärtigen sexuellen Erregung und mit dem aus der Kindheit stammenden Liebeswunsch nach dem Vater und der Brust der Mutter fest verbunden. Da aber zu gleicher Zeit ein von frühester Kindheit an vorhandener ausgesprochener Verdrängungsprozeß alles grob Sexuellen damit Hand in Hand geht, so wird letzteres allmählich durch Zigaretten und Rauchen symbolisch vertreten. Dabei wirkt der Umstand mit, daß die Lippen eine ausgesprochene erogene Zone sind, daß Rauchen und Männlichsein, Zigaretten und Penis sowie Brustwarze identifiziert wird und daß so ihre homosexuelle Komponente, die Sehnsucht nach der Mutterbrust und der Penisneid dabei ihre Befriedigung finden. Nachdem auf diese Weise die symbolische Verwertung von Zigaretten und Rauchen fixiert worden ist, und diese Vorstellungen so eine zentrale Bedeutung für sie gewonnen haben, werden sie nun weiterhin als Mittel zur Darstellung anderer affektiver Beziehungen verwendet: des Willens zur Macht, des Wunsches, bewundert zu werden, des Strebens nach Erhöhung des Lebensgefühls und Überwindung der Enttäuschungs-, Minderwertigkeits- und Schuldgefühle.

Die physiologische Wirkung des Nikotins, sein anregender und zugleich bis zu einem gewissen Grad lähmender Einfluß auf das Zentralnervensystem, kommen diesen psychischen Wirkungen entgegen, verstärken und unterhalten sie, namentlich, wenn, wie in diesem Falle, eine gewisse Unterernährung und dadurch ein vermehrter Einfluß des Giftes gegeben ist.

Im ganzen ähnliche, wenn auch im einzelnen natürlich verschiedenartige Verhältnisse habe ich bei einer Reihe von weiteren Fällen von Nikotinmißbrauch finden können. Und da die therapeutische Wirkung der Psychoanalyse und einer gleichzeitigen körperlichen Behandlung dabei immer dieselbe günstige war, so bin ich der Meinung, daß wir berechtigt sind, die oben entwickelte Auffassung mindestens für die Behandlungszwecke als wesentlich richtig vorauszusetzen. Selbstverständlich bin ich mir vollkommen klar darüber, daß wirkliche Beweise für solche psycho-

logischen Erklärungen in dem Mitgeteilten, wie übrigens in einem großen Teil der sonst angeführten Krankengeschichten, nicht enthalten sind. Aber sie sind ja in anderen Erklärungsversuchen noch viel weniger gegeben, und es wird sich in solchen Fällen ohne eine gewisse intuitive Verwertung des Taschenmaterials nicht auskommen lassen.

Was den Alkoholismus in seinen verschiedenen Formen betrifft, so ist ja hinlänglich bekannt, weil ohne weiteres sichtbar, daß die momentan die Stimmung erhöhende, anregende und zugleich die höheren Geistesfunktionen teilweise lähmende Wirkung des Alkohols von einer großen Zahl von Menschen dazu benutzt wird, affektive Erlebnisse individueller oder allgemeiner (sozialer, politischer, wirtschaftlicher) Art teils vergessen, teils in anderem Lichte sehen zu können. Aber während die Mehrzahl derer, die in diesem Sinne den Alkohol als Mittel zur Flucht aus der Realität benutzen, dies nur für gewisse Verhältnisse und eine gewisse Zeit tun, hat ein bestimmter Prozentsatz von Menschen dauernd dieses Bedürfnis. Man hat sich bisher meist damit begnügt, für diese Tatsache besonders ungünstige soziale und wirtschaftliche Verhältnisse, besonders großen Familienärger und sonstige mehr oder minder mit äußeren Umständen zusammenhängende Ursachen oder aber eine sogenannte Disposition und Belastung anzunehmen. Allein wenn wir auch diese Ursachen selbstverständlich nicht unterschätzen können, so erklären sie doch nicht, warum einerseits bei weder belasteten noch wirtschaftlich und sozial besonders schlecht gestellten Menschen Alkoholismus auftritt, und warum er andererseits bei so unendlich vielen sozial und wirtschaftlich in ungünstigen Verhältnissen befindlichen Personen nicht vorhanden ist. Die Ursachen müssen also auch hier tiefer liegen.

Bei einer Anzahl von Alkoholkranken ist mir, wenn sie nicht unter dem Einfluß des Giftes standen, das stark ausgeprägte Minderwertigkeitsgefühl aufgefallen, das immer vorhanden war und das sich zum Teil auf kindliche Onanie und daran sich anschließende Schuldvorstellungen, zum Teil auf andere als schuldhaft empfundene Kindheitserlebnisse, zum Teil auch auf gewisse Organminderwertigkeiten zurückführen ließ. In diesen Fällen leistet der Alkohol den Kranken den Dienst, ihr Persönlichkeitsgefühl wenigstens für einige Zeit zu erhöhen und nach Lockerung von allerlei Hemmungen ihr Selbstgefühl zu steigern. Der Alkohol gestattet ihnen, eine fiktive Rolle zu spielen, die ihnen das wirkliche Leben verweigert. Bei manchen an Dipsomanie leidenden Kranken fand ich, daß jedesmal dann ein dipsomanischer Zustand auftrat, wenn sie in Berührung mit bestimmten alten Kindheitserinnerungen traten, namentlich wenn ihnen dabei der Alkohol als Träger besonderer Lust erschienen war, oder daß sie bei jeder Kränkung ihres Ehrgeizes mit Alkoholexzessen reagierten.

Freud hat für die Entstehung des Eifersuchtswahns des Alkoholikers

die Homosexualität als Ursache herangezogen. Er sagt: „Die Rolle des Alkohols bei der Affektation ist uns nach allen Richtungen verständlich. Wir wissen, daß dieses Genußmittel Hemmungen aufhebt und Sublimierungen rückgängig macht. Der Mann wird nicht selten durch die Enttäuschung beim Weibe zum Alkohol getrieben. Das heißt aber in der Regel: er begibt sich ins Wirtshaus und in Gesellschaft der Männer, die ihm die in seinem Heim beim Weibe vermißte Gefühlsbefriedigung gewähren. Werden nun diese Männer Objekte einer stärkeren libidinösen Besetzung in seinem Unbewußten, so erwehrt er sich derselben durch einen unbewußten Schluß: ‚Nicht ich liebe den Mann — sie liebt ihn ja' und verdächtigt die Frau mit allen Männern, die er zu lieben versucht ist."

Auch Juliusburger sucht es wahrscheinlich zu machen, daß der Alkohol die in jedem Menschen vorhandene homosexuelle Komponente, die für gewöhnlich unterdrückt wird, deutlich hervortreten lasse, und daß der Mann im Wirtshause und in sonstigem geselligen Zusammensein unter dem Einfluß des Alkohols dieser Komponente freieren Lauf zu lassen unbewußt bestrebt sei. Die Tatsache, daß die Frauen von heute relativ mehr an der Alkoholgeselligkeit sich beteiligen als in manchen — nicht allen! — früheren Zeiten, sucht er darauf zurückzuführen, daß diese Art Geselligkeit sich als ein Weg zur homopsychischen Transformierung erschlossen habe. Auch eine andere, auf die infantile Sexualstufe zurückweisende Erscheinung, nämlich der Autoerotismus wäre nach Juliusburger in der Psychologie des Alkoholismus nicht ganz selten. Die Neigung, „einsam und Geselligkeit oft geradezu meinend, in stille Beschaulichkeit und selbsteigene Genügsamkeit versunken" alkoholische Getränke zu genießen, habe eine offenbare Ähnlichkeit und unverkennbaren Zusammenhang mit dem Verhalten des Masturbanten. Meine eigenen Beobachtungen an Alkoholikern haben mir immer wieder gezeigt, daß in der Tat die tiefsten Motivierungen zum Alkoholgenuß infantilen und triebhaften Quellen entstammen und im Grunde genommen also dieselben sind, wie wir sie bei jeder Neurose finden. Dem entspricht es auch, daß in unseren Trinksitten sowohl wie in zahlreichen Alkoholvergehen viel unbewußt Instinktives ans Tageslicht tritt, z. B. die Sucht, wenigstens für einige Stunden in gewissem Kreise absoluter Machthaber zu sein, ferner sadistische und masochistische Tendenzen und nicht zuletzt ein allgemeines Rauschbedürfnis, das aus dem Drang der Natur, über das Individuum hinauszustreben, hervorzuwachsen scheint und das uns ja beim Naturmenschen, aber auch oft beim Künstler, in unverhüllter Form entgegentritt.

Das Verhältnis zwischen den triebhaften Äußerungen des Alkoholikers und dem Alkoholgift ist also gerade umgekehrt, als es gewöhnlich dargestellt wird. Wohl hebt der Alkohol Hemmungen auf, wohl treibt er Triebhaftes an die Oberfläche, aber daß der Mensch dazu greift, daß er ihm verfällt und ihn zwangsmäßig in schädigenden

Quantitäten zu sich nimmt, das aufzuklären, ist die Aufgabe, die in jedem einzelnen Falle an uns herantritt, wenn wir wirklich dauernd helfen wollen. Isolierungen, erzwungene Abstinenz, Entmündigung und sonstige Zwangsmittel sind natürlich zur Bekämpfung des Alkohols unentbehrlich, stellen aber keine Kausaltherapie dar.

Nur mit wenigen Worten sei noch des Morphinismus gedacht. Auch an seiner Wurzel sitzen, wie ich aus einer ganzen Anzahl von Krankengeschichten belegen könnte, als eigentlich treibende Kräfte oft sehr komplizierte unbewußte Komplexe. Und in allen schwereren Fällen sind Entziehungskuren auf die Dauer deswegen erfolglos, weil so gut wie nie der Versuch gemacht wird, von der psychoanalytischen Seite her an die Erkrankung heranzutreten. Bei der ungeheuren Stärke, die in diesen Fällen die körperliche Gewöhnung an das Gift zu haben pflegt, tritt die Wechselwirkung zwischen Physischem und Psychischem beim Morphinismus ganz besonders stark zutage. Es ist deswegen begreiflich, daß man bei solchen Kranken ohne Isolierung auch analytisch meist nichts erreichen kann.

Daß der psychologische Mechanismus der Süchte im wesentlichen bei allen Formen derselbe ist, geht, wie ich zum Schlusse noch erwähnen möchte, unter anderem auch aus dem Umstand klar hervor, daß sie sich oft gegenseitig vertreten. Das war z. B. in dem zuerst mitgeteilten Falle ganz deutlich. Als die Betäubungs- und Anregungstendenz durch Nikotin aufzuhören begann, trat eine starke, übrigens bald beseitigte Sucht auf, in erregenden Phasen der Analyse zum Likör oder Kognak zu greifen. Die psychologische Grundlage für jede Sucht ist eben die Unfähigkeit, Konflikte des Lebens, die infantile Komplexe anregen oder auf ihnen beruhen, mit fester Hand und klaren Auges erledigen zu können.

Nur die äußere Erscheinungsform der Süchte wechselt je nach dem zufällig sich darbietenden Ausdrucksmittel. Daher erscheint es selbstverständlich, daß die Umwandlung der einen in die andere jeder Zeit möglich ist. Daraus ergibt sich vor allem auch die therapeutische Schlußfolgerung, das entscheidende Heil nicht von irgend welchen Narkotizis und Exzitantien chemischer oder physikalischer Art oder von der Isolierung allein zu erwarten, sondern von einem konsequenten Angriff auf die psychischen Ursachen.

Epileptischer Symptomkomplex.

Bekanntlich ist in den letzten Jahren der Begriff Epilepsie immer verschwommener und in seinen Grenzen immer weniger bestimmbar geworden. Nicht bloß das ganze große Gebiet der Fälle, bei denen die psychogene Komponente ohne weiteres in die Augen springt (die frühere sogenannte Hysteroepilepsie), sondern auch ein gut Teil dessen, was man als

genuine Epilepsie bezeichnete, ist als ein durchaus nicht einheitlicher Krankheitsbegriff erkannt worden. Binswanger (Die Epilepsie, 1913, Alfred Hödler, Wien) sagt, man müsse ruhig eingestehen, daß die Grenze zwischen organisch bedingter und rein dynamischer Epilepsie vorläufig noch fließend sei, und ebenso Redlich, der hervorhebt, daß eine genuine Epilepsie sich weder ätiologisch, noch klinisch, noch pathologisch-anatomisch scharf charakterisieren lasse und deswegen vorschlägt, den Begriff der genuinen Epilepsie ganz fallen zu lassen und vorläufig nur eine chronische Epilepsie abzugrenzen. Außer den Fällen von epileptiformen Anfällen bei Gehirngeschwülsten, Exostosen und anderen Veränderungen am Schädelknochen, ferner chronischen Vergiftungszuständen, wo die organische Ursache ganz klar zutage liegt, ist es in einer großen Anzahl anderer Fälle schwer, oft fast unmöglich, mit Sicherheit die Diagnose auf eine organische Störung zu stellen. Unsere bisherigen diagnostischen Mittel lassen uns bekanntlich deswegen häufig im Stich, weil sie sich ebenso bei den psychogenen Fällen finden, oder aber sind sie praktisch schwer oder zu selten verwendbar, wie z. B. der Babinskische Reflex, der in zwei Dritteln bis der Hälfte der Fälle fehlt. Die epileptischen Charakterveränderungen sind allerdings häufig kennzeichnend, aber auch sie können oft jahrelang fehlen, und außerdem läßt sich gerade von ihnen sagen, daß sie auch bei anderen Erkrankungsformen gelegentlich in ganz ähnlicher Weise sich finden.

Endlich ist nicht zu vergessen, wie unendlich häufig auch bei sicher organischen Formen die psychische Komponente enorm stark mitwirkt, und zwar nicht nur bei der Ausgestaltung der Folgen der Anfälle, sondern auch bei ihrer Verursachung, nachdem sie einmal auf organischem Wege sich entwickelt hatten.

Die Versuche einzelner Autoren, innerhalb des epileptischen Symptomenkomplexes bestimmte Krankheiten abzugrenzen, wie es z. B. Oppenheim mit seinen psychasthenischen Anfällen versucht hat, sind denn auch bisher an diesen Schwierigkeiten immer wieder gescheitert. Wir wollen deswegen im nachfolgenden besser nur von epileptiformen Zuständen oder epileptischem Symptomenkomplex sprechen.

Selbstverständlich gilt gerade auf diesem Gebiet, wo wir doch immer mit der Möglichkeit schwerer anatomischer Veränderungen rechnen müssen, ganz besonders streng der Satz, daß man zuerst alle uns zur Verfügung stehenden diagnostischen Hilfsmittel angewendet haben muß, ehe man die psychischen Faktoren bei der Erkrankung als ausschlaggebend ansieht. Aber es ist kein Zweifel: der umgekehrte Fehler, nämlich das Organische bei dem epileptischen Symptomenkomplex für das allein Ausschlaggebende zu halten und infolgedessen mit rein medikamentöser oder gar operativer Behandlung anzugreifen, wird unvergleichlich viel häufiger begangen und hat einer Unzahl von Kranken aufs allerschwerste geschadet.

Im Jahre 1911 hat W. Stekel wohl als einer der ersten die psychische Behandlung auch bei der Epilepsie als eine manchmal sehr wirksame Methode empfohlen (Zbl. f. Psychoanalyse, 1911, Bd. 1, H. 5/6), ist aber damals fast gar nicht beachtet worden. Später habe ich selbst dann wiederholt auf die Wichtigkeit einer psychischen Behandlung bei epileptischen Zuständen hingewiesen, nachdem mir an einer Reihe von Fällen, die mir ursprünglich als rein organisch imponiert hatten, die Tatsache ihrer weitgehenden Besserung und Heilung auf diesem Wege zu denken gegeben hatte.

Der Amerikaner Piere Clark hat dann in einer Reihe von Arbeiten den Nachweis zu erbringen versucht, daß der Epileptiker vor der Unlust des Lebens in die Lust des Anfalles flüchte und daß sich in nicht wenigen Fällen erkennen lasse, daß die Anfälle selbst lustbetont seien. Auf alle Erregungen in der Familie, auf alle Anforderungen seiner Berufsarbeit und auch auf sonstige, äußerlich und innerlich verursachte Erregungen reagiere er mit Anfällen. Die Pathogenese der Epilepsie sieht er in einer falschen oder gehemmten Verwendung der psychosexuellen Libido. Der Epileptiker strebe in den Mutterleib zurück. Daneben hält er aber an der Ansicht fest, daß bei allen Epileptikern ein Defekt des Affektlebens vorliege, daß die Krankheit eine Neigung zur Verschlimmerung habe und häufig in epileptischem Schwachsinn ende.

Stekel (269) hat nun neuerdings im Anschluß an seine erste Arbeit den, wie mir scheint, trotz aller kritischen Bedenken, die man dagegen erheben kann, sehr bedeutsamen Versuch gemacht, den epileptischen Symptomenkomplex als einen in der Mehrzahl der Fälle psychogenen und daher durch Psychoanalyse heilbaren nachzuweisen. Er und seine Mitarbeiter (Graven, Heberer, Wittels, Sonnenschein, Missriegler) bringen eine größere Anzahl von Krankengeschichten, die diese Ansicht stützen sollen. Die in diesen Arbeiten mitgeteilten Tatsachen und die daraus abgeleitete Auffassung des epileptischen Symptomenkomplexes scheinen mir so wichtig, daß sie hier in Kürze besprochen werden müssen, wobei ich nochmals hervorhebe, daß ich mir mein Urteil durchaus vorbehalte.

Nach Stekels Ansicht ist der Epileptiker kein Defektmensch, sondern, wie jeder Neurotiker, eine Rückschlagserscheinung, der die primitiven Urreaktionen des primitiven Menschen zeigt. Nach Stekels Ansicht ist der Haß im Menschen das Primäre. Diese Haßeinstellung behält der Epileptiker, gerät durch sie in Konflikt mit seiner Umgebung und der Gesellschaft, sucht Schutz in der Religion und findet sie in seinen Anfällen. Die Verschlechterung, die Progressivität hängt nach ihm nicht mit dem angeborenen Defekt zusammen, beruht vielmehr auf der Tatsache, daß das Reich des Unbewußten in dem Kranken immer größer wird, daß sich um den ursprünglichen Kern immer neue Schichten anlegen, neue Typen von Anfällen sich ausbilden, die Struktur der Anfälle immer komplizierter wird.

Die Spaltung zwischen Bewußtem und Unbewußtem werde immer größer, wobei die Lustqualitäten und Lustquantitäten auf der unbewußten Seite liegen. Schließlich siege das Lustprinzip über die beim normalen Menschen vorhandene Tendenz, dieses Prinzip mit der Realität der Tatsachen in einen gewissen Einklang zu bringen. Im Anschluß an Redlichs Bemerkung über die epileptische Reaktionsfähigkeit, daß jedes Gehirn, auch das normale, epileptische Anfälle bekommen könne, falls der einwirkende Reiz genügend intensiv sei, daß also der epileptische Anfall eine pathologische Reaktionsform des Gehirns sei, fragt sich Stekel, wie diese pathologische Reaktion und wann sie zustande komme und glaubt, daß sich der Epileptiker in einer erhöhten Affektbereitschaft befinde, speziell in einer Bereitschaft zum Haß und Jähzorn. Daneben spiele ein schweres Schuldbewußtsein eine Rolle. Jeder Anfall verstricke den Epileptiker tiefer in seine vielen Ideen, mache ihn immer mehr introvertiert, und der progressive Charakter der Epilepsie beruhe eben auf dem Fortschritt der Introversion und sei oft eine Folge der falschen Behandlung.

Die Aufgabe der Therapie müsse also vor allem sein, den Epileptiker wieder sozial zu machen, d. h. ihn der Realität zuzuführen. Der erste Schritt dazu sei die Verkürzung des Schlafes, denn je weniger der Epileptiker schlafe, um so schneller werde er zu heilen sein. Der zweite Schritt sei die Erziehung zur Arbeit, auch wenn die Anfälle zuerst sich verstärken oder wenigstens fortdauern. Eine schwere Schädigung bedeute immer die schablonenmäßige Behandlung mit Narkotizis, Brom, Opium, Luminal usw., die er nur bei wirklich organisch Epileptischen mit Neigung zur Verschlimmerung heranziehe. Denn jedes narkotische Mittel verstärke den Zustand des Tagträumens und vergrößere damit die Introversion. Außerdem lerne der Patient nur durch Entziehung solcher Medikamente die Angst vor den Anfällen zu überwinden. Aus demselben Grunde verlangt Stekel auch, daß der Kranke allein in die Sprechstunde komme und sucht nach Möglichkeit den Schaden auszuschalten, den Verwandte, namentlich Mütter, in ihrer Angst vor den Anfällen durch Verweichlichung und Einflößen von Angst gegenüber dem Patienten hervorbringen.

Als das überraschendste Ergebnis seiner eigenen Analysen und das seiner Schüler bezeichnet Stekel die Tatsache, daß die Kranken gestehen, sie könnten die Anfälle nach Belieben produzieren. Die inszenierten Anfälle treten immer auf, wenn der Kranke sich der Liebe beraubt sieht und seine Haßbereitschaft sich in den Haß umsetzen will. Er zitiert bei dieser Gelegenheit ein Wort von Dostojewski: „Ihr Gesunden könnt das Glücksgefühl nicht ahnen, das wir Epileptiker vor den Anfällen empfinden. Mohammed muß gewiß das Paradies in seinen epileptischen Anfällen gesehen haben, denn er krankte daran gerade wie ich.“ Er würde Jahre seines Lebens hergeben, um dieses Glücksgefühl noch einmal erleben zu können!

In manchen Fällen sollen nach Stekel die Vorläufer des Anfalles

von sexuellen Lustempfindungen eingeleitet werden und der Anfall selbst die verborgene Onaniephantasie verraten. Indessen dürfe man sich nicht vorstellen, daß die Anfälle nach einem einfachen Schema gebaut seien. Einerseits habe jeder Epileptiker verschiedene Typen von Anfällen, und andererseits verdichteten sich im Anfalle wie im Traum die verschiedensten Motive, ähnlich wie das Freud für den hysterischen Anfall nachgewiesen hat. Der Epileptiker sei zugleich aktiv und passiv, erlebe Geburt und Tod, mitunter noch Wiedergeburt, sicher sei, daß seine Anfälle die Lust des Sterbens imitierten, so wie manche Menschen auf der Höhe des Orgasmus sterben wollen. Der Anfall imitiere also den Todeskampf und das Sterben. In allen Fällen von epileptiformen Zuständen handele es sich um eine Regression, d. h. der Epileptiker wird im Anfall wieder ein Kind und zeigt die primitiven Urreaktionen. Als regressive Vorgänge wären dann der Stuhl- und Urinabgang im Anfall, Kotessen und Kotschmieren im Delirium, Onanie und Exhibition anzusehen. Der Anfall gehe mit seiner regressiven Tendenz nicht nur bis zur Geburt und zum Mutterleibe zurück, sondern noch weiter bis zu dem primitiven Menschen. Beim Versuche, die Anfälle in ein System zu bringen, benutzt Stekel die Stärke der Regression als Einteilungsmittel.

Es ergeben sich dann folgende Typen:

1. Der Epileptiker flüchte aus einer unerträglichen Situation in einen Affektrausch oder in eine Ohnmacht,

2. der Epileptiker erlebe ein bestimmtes Erlebnis aus seiner letzten Zeit. In allen diesen Fällen bestehe eine Erinnerungslosigkeit für die neueste Vergangenheit, und wenn man bei einem Epileptiker auf eine solche Amnesie stoße, so könne man sicher sein, daß er ein rezentes Erlebnis verdrängt habe und in seinem Anfalle wiederhole,

3. der Epileptiker wiederholt ein Träumen der frühen Jugend,

4. der Anfall wiederholt die Szene der Geburt (?),

5. der Anfall führt die Regression bis in die embryonale Zeit zurück (?),

6. der Kranke erlebt seinen eigenen Tod (?),

7. er begeht einen verbotenen sexuellen Akt,

8. er begeht im Anfall ein Verbrechen.

In den letzteren Fällen finde die größte Regression statt. Er gerate auf den Standpunkt eines Urmenschen. In diese Kategorie gehörten die furchtbarsten sadistischen Geistesstörungen wie Vampirismus, Nekrophilie, Kannibalismus, Lustmord, Massenmord. Stekel faßt den Zungenbiß als keinen Zufall auf, sondern als das Verlangen, zu beißen und Blut zu saugen. Die krampfhaft geballten Fäuste drückten dann den Impuls zum Erwürgen aus. In diesen Fällen handele es sich um die Überwältigung des bewußten moralischen Ich durch den kriminellen Impuls. Die epileptischen Symptome seien nur als Selbstschutzmechanismus zu verstehen. Der Kranke falle um, um das Verbrechen nicht begehen zu müssen. In einzelnen Fällen

funktioniere das nicht, und dann kämen die Verbrechen zustande. Die Religiosität des Epileptikers sei ein Schutz gegen diese unbewußte Kriminalität. Einer der häufigsten Vorboten des Anfalles sei ein Gefühl der Übelkeit, und auch darin zeige sich der Ekel, der den Durchbruch des kriminellen Impulses zu verhindern trachte.

Die Analyse stoße beim Epileptiker auf einen sehr starken Widerstand, erfordere deswegen eine eigene Technik und große Intuition. Bei manchen Menschen dauere es wochenlang, bis man sie aus ihrem trotzigen Schweigen herausbringen könne. Der Kampf, den jeder Analytiker mit den Angehörigen zu führen hat, ist hier oft besonders stark, und vor allem störend macht sich dabei auch das Mißtrauen des Kranken selbst geltend, sobald er merkt, daß man mit den Angehörigen in Beziehung tritt. Deswegen sei gerade beim Epileptiker absolutes Vertrauen, daß von seinen Geständnissen niemand Mitteilung gemacht werde, unbedingte Voraussetzung.

Wie weit die Heilbarkeit gehe, lasse sich vorläufig nicht bestimmen. Die Veränderung im Benehmen nach der Analyse sei so auffällig, daß sie auch dem Laien ohne weiteres auffalle. In einigen Fällen werde vollkommenes Aufhören der Anfälle erzielt, in anderen werden die Anfälle rudimentär oder treten in sehr langen Zwischenräumen auf. In allen Fällen aber gelinge es, die furchtbare progressive Tendenz des Leidens zur Verschlimmerung zu beheben und die Rückbildung zur Gesundheit anzubahnen.

Auch bei organisch bedingten Fällen lasse sich durch Rückerziehung und Analyse der neurotische Überbau zerstören, sofern es sich nicht um ein organisches Leiden wie Neubildungen im Gehirn usw. handele.

Diese Mitteilungen Stekels enthalten gewiß eine große Zahl an sich zunächst höchst problematischer Behauptungen, für die ich auch in den bisher von ihm mitgeteilten Krankengeschichten nur teilweise eine Bestätigung finden kann. Andererseits gehört ein solcher Mut dazu, die Frage überhaupt energisch in Angriff zu nehmen, und meine eigenen Erfahrungen bestätigen in so vielen wesentlichen Punkten die Auffassung Stekels, daß ich nur dringend empfehlen kann, sie weiter an einem großen Material nachzuprüfen. Schon 1914 habe ich anläßlich eines Vortrages hervorgehoben: wenn es auch nur gelingt, die zweifellos schwer schädigenden großen Gaben von Brom, Luminal und anderen Narkotizis herabzusetzen, so hat man dadurch schon etwas Erhebliches geleistet, denn daß ein Teil der schnellen Verblödung schwerer Fälle mit auf diese Vergiftungen zurückzuführen ist, kann billigerweise kaum bestritten werden.

Von meinem Standpunkte aus würde ich also grundsätzlich jeden Fall mit frischen Symptomen epileptischer Art und unbekannter Entstehungsweise unter allen Umständen einer analytischen Behandlung zu unterziehen raten, schaden kann man dabei nie, sicher aber häufig nützen. Daneben allerdings möchte ich nicht bloß die Arbeitstherapie und die pädagogische

Beeinflussung, sondern doch auch ganz allgemein alles das an körperlichen Maßnahmen empfehlen, was, ohne das Gehirn zu schädigen oder pädagogisch falsche Vorstellungen zu wecken, Blutzirkulation und Stoffwechsel in günstigem Sinne beeinflussen kann, also vor allem Gymnastik, Luftbäder, ableitende Wasserprozeduren und vegetabilische Diät. Letztere ist auch deswegen anzuraten, weil die häufig starke Erotik derartiger Menschen bis zu einem gewissen Grade dadurch herabgedrückt werden kann.

Geisteskrankheiten.

Das Gebiet der eigentlichen Psychosen (mit Ausnahme der Paralyse) galt bis vor kurzem als ein für jede Art von Therapie ziemlich unangreifbares. Vor allem die häufigsten Psychosen, das manisch-depressive Irresein und die Schizophrenie, schienen jeder Art von Behandlung zu trotzen. Indessen mehren sich doch in den letzten Jahren die Stimmen, die auch hier die Hoffnungslosigkeit früherer Zeiten als nicht ganz begründet nachzuweisen versuchen (ganz neuerdings z. B. auch eine Arbeit von Schilder).

In einer größeren Zahl von manisch-depressiven Fällen, namentlich der früher als Zyklothymie bezeichneten Formen, habe ich den sehr bestimmten Eindruck bekommen, daß eine Behandlung, die intensiv den Stoffwechsel, die Blutzirkulation und die endokrine Drüsentätigkeit beeinflußt und dabei gleichzeitig aktive Analyse und Psychopädagogik heranzieht, doch eine erhebliche Besserung in einem bestimmten Sinne bringen kann. Die Anfälle werden seltener, verlaufen leichter, die Patienten haben mehr das Gefühl, über der Situation zu stehen und sind auch sozial leistungsfähiger. Natürlich läßt sich in allen diesen Fällen leicht der Einwand erheben, daß solche Besserungen reine Zufälligkeiten sein könnten, und es ist selbstverständlich zuzugeben, daß hier nur Untersuchungen an einem sehr großen Material zum Ziele führen werden. Aber auf die Möglichkeiten hinzuweisen, halte ich doch für meine Pflicht.

Bei Schizophrenen lehrt ja auch schon die bisherige Erfahrung, daß eine systematische erziehliche Beeinflussung, namentlich der zu einem gewissen Abschluß gekommenen Formen, Besserungen bringt. Doch haben mir einige, allerdings nicht zahlreiche Fälle gezeigt, daß man auch in den Frühstadien der Behandlung durch eine sehr vorsichtig eingeleitete Analyse des Seelenlebens, die sich allerdings hüten muß, allzu intensiv affektbetonte Komplexe zu rasch anzufassen, deutliche Besserungen und Stillstände erreichen kann. Damit stimmen ja auch die Erfahrungen der Schule Bleulers überein. Auch hier scheint mir eine körperliche Behandlung vor allem nach der Richtung von Wichtigkeit zu sein, daß man die bei der Erkrankung sicher häufig stark mitwirksamen sexuellen Spannungen in möglichst intensiver Weise in körperliche Tätigkeit transformiert. Zwei Fälle dieser Art mögen als Beleg dienen:

24jähriger, körperlich kräftig gebauter Mensch, innere Organe ohne Besonderheiten am Nervensystem fällt nur eine erhebliche Steigerung der Sehnenreflexe auf, in psychischer Beziehung zeigt er seit einigen Jahren eine auffallende Verschlechterung seiner Leistungen, große Stumpfheit gegenüber seinen Angehörigen, sitzt manchmal stundenlang da und starrt in eine Ecke, lacht plötzlich, scheinbar gänzlich unmotiviert, vor sich hin, ist in keiner Weise mehr zu einer dauernden Arbeit zu gebrauchen. Dabei benutzt er jede Gelegenheit, um Alkohol und Kaffee in größeren Mengen zu sich zu nehmen. In intellektueller Beziehung bietet er keine auffallenden Abweichungen von der Norm, nur zeigt die Assoziationsprüfung eine gewisse Verlangsamung der Reaktionen und Neigung zu stereotyper Wiederholung.

Die Analyse ergab eine ungewöhnlich starke Haßeinstellung gegen den sehr tätigen und energischen Vater, eine starke Bindung an die selbst sehr nervöse und empfindsame Mutter. Er kam unter ganz enormen Widerständen, die sich über mehrere Monate erstreckten, allmählich mit einer Reihe von Erlebnissen heraus, die die frühzeitige Eifersucht auf den Vater und sehr früh einsetzende sexuelle Betätigung, daneben einen vom Vater schwer gekränkten Ehrgeiz erwiesen.

Unter gleichzeitiger systematischer körperlicher Übung und Anleitung zur Arbeit dadurch, daß ihm allerlei schriftliche und sonstige Aufgaben gestellt wurden, Übung im Ertragen von Unlust, indem er am Faradisationsapparat geübt wurde, immer stärkere Dosen sich selbst mitzuteilen, Anregung in geistiger Beziehung durch Lektüre, die er mit der Mutter betrieb, und Besuch von allerlei Vorträgen usw., gelang es allmählich, ihn auf diesem Wege einer kombinierten psychophysischen Einwirkung, bei der allerdings die Analyse die Hauptrolle spielte, wieder zu einem tätigen Menschen zu machen, der später im Kriege in der Etappe eine verantwortungsvolle Stelle bekleidete und nachher auch in seinem Berufe in normaler Weise tätig war.

Emma V., 22 Jahre alt, wird wegen eines schweren Depressionszustandes mit einer großen Zahl von fast wahnhaft festsitzenden Vorstellungen zu mir gebracht. Erblich erheblich belastet, Mutter hochgradig nervös mit paranoischen Zügen, ein Onkel geisteskrank, ein anderer schrullenhaft, Vater ebenfalls sehr leicht erregbar. Beim Eintritt ins Wartezimmer fällt sofort starkes Grimassieren auf, ferner die vornübergebeugte Haltung mit dem zwischen die Schultern eingezogenen Kopf, ungefähr, wie wenn sie sich dauernd davor fürchtete, geschlagen zu werden, oder das dauernde Gefühl großer Beschämung hätte. Körperlich: nichts Besonderes, seelisch: überzeugt, daß sie alles falsch gemacht habe, sie sei eine Teufelin und müsse von mir mit Elektrizität getötet werden. Sie meint, es sei mit ihr etwas ganz Besonderes los. Oft sähe sie nachts an der Wand dunkle Gestalten, es töne ihr manchmal in den Ohren, und dann höre sie eine Stimme, die doch nicht recht von ihr stamme. Wenn sie etwas sage, sage eine andere Stimme dasselbe, und dann komme ihr das so lächerlich vor; hat kürzlich des öftern mit Selbstmordgedanken gedroht, z. B. Salzsäure bereit gestellt zu diesem Zweck. Im übrigen unterhält sie sich durchaus korrekt, ist über alles vollkommen orientiert und macht auf ihre weitere Umgebung deshalb den Eindruck eines geistig gesunden Menschen. Die Erkrankung brach 2 Monate vor Beginn der Behandlung aus. Sie mußte damals von Hause weg und litt gleichzeitig an starkem Durchfall.

Beginn der Behandlung am 27. November 1916. Zunächst Aufklärung über die primitivsten physiologischen Vorgänge im Gehirn, dann über die

Existenz bewußter und unbewußter Seelenvorgänge. Sie erzählt darauf spontan von einem ihrer Brüder, der sie sexuell einmal berührt habe. (Das Thema Sexualität war von mir noch mit keinem Wort erwähnt worden.)

28. November 1916. Sie habe immer so ein heißes Gefühl, wenn junge Leute sie ansähen, und sie schäme sich dessen. Einmal habe sie mit ihrem Vetter zusammen Münzen betrachtet, und dabei sei ihr das besonders aufgefallen. Einige Zeit habe sie mit ihrem 15jährigen Bruder im Luftbad zusammen nackt geturnt, bis eine Freundin sagte, sie solle das lieber nicht tun; von da an habe sie sich Gedanken darüber gemacht. Als ganz kleines Kind habe sie mit dem einen Bruder sich gegenseitig unten berochen; das habe sie später sehr bedrückt. Dann kommt sie mit einer Reihe von Erzählungen über die heftige Wut ihrer Mutter gegenüber, sie habe einen starken Trotz, das Gegenteil von dem zu tun, was diese wünschte. Ferner erzählt sie von der Eifersucht gegen eine jüngere Schwester. Es war ihr immer langweilig, wenn sie mit den jüngeren Geschwistern spielen sollte. Sie habe schon als Kind oft das Gefühl gehabt, weil sie sich nicht für andere Menschen interessieren könnte, deshalb sei sie selbst überhaupt kein Mensch. Beim Zusammensein mit der Mutter habe sie immer Angst; beim Weggehen von Hause sagte ihre Mutter ihr, sie hätte auch etwas Hexenartiges an sich (nachdem die Patientin erklärt hatte, sie halte sich für eine Hexe).

30. November 1916. Sie erklärt heute, sie habe sich oft so stark über die Mutter geärgert, daß sie mehrmals hinter ihr die Faust geballt und ihr den Tod gewünscht habe. Zahlreiche Erzählungen über solche Szenen.

3. Dezember 1916. Sie habe die anderen Schülerinnen nie so recht verstanden, wenn sie so zusammen kicherten. Einmal hörte sie von einem Mädchen allerhand reden, wurde nicht klug daraus, hörte etwas von Binden; eine wollte es ihr erklären, sie lehnte aber ab. Ich wurde deswegen in der Schule immer für scheinheilig gehalten. Am Nachmittag dieses Tages trat zum erstenmal die Periode wieder auf, die monatelang ausgeblieben war.

Vor 2 Jahren sei sie einmal von einem Manne verfolgt worden und habe wochenlang die furchtbarste Angst danach gehabt. Die Beziehungen zwischen Angst und Wunsch werden ihr klargemacht. Voriges Jahr im Wald mit einem Vetter von Mutter spazieren gegangen, der sie plötzlich geküßt habe. Sie habe in Erinnerung an Mutters Vorschriften nicht gewagt, ihr etwas davon zu erzählen. (Man beachte hier die immer wieder festzustellende Tatsache, daß solche Erlebnisse nur selten den Eltern mitgeteilt werden, und zwar immer mit der Begründung, man habe es nicht gewagt.)

4. Dezember. Heute nacht Angstzustand. Als sie gestern von der Behandlung nach Hause gekommen sei, habe sie schon gemerkt, daß es ihr wieder ähnlich sei wie zu Hause, das Essen habe ihr auch nicht geschmeckt; es klingele ihr wieder in ihren Ohren. Dabei wurde ihr immer kälter, und sie schlief lange nicht. Gegen 12 Uhr nachts Gefühl allergrößter Kälte, alles war schwarz und gelb vor den Augen, und sie hörte eine Stimme singen: „Stille Nacht". „Ich ließ mir eine Wärmeflasche geben und hatte Angst vor Fräulein K. (ihrer Krankenschwester). Ich hörte dann allerlei Stimmen das wiederholen, was mir am Tage gesagt worden war."

Aufgefordert, sich auf diesen Zustand in der Nacht einzustellen, erzählt sie: „Als ich gestern zu Frl. K. ging, dachte ich, du hast jetzt vieles noch nicht gesagt und dachte an die Stadt I., wo hinter meinem Boot auf einem kleinen See ein junger Mensch kam, der im Sportkostüm ruderte und mich immer ansah, was ich nicht gut aushalten konnte. Nachher ging er immer

um den See herum, während ich weiter ruderte. Plötzlich lief er weg, und ich blieb träumend im Boote sitzen, und abends mußte ich weinen. Es fiel mir auch noch vieles andere ein, z. B.: In derselben Stadt lernte ich ein junges Mädchen kennen, entfernte Verwandte, mit der ich mich anfreundete und Radtouren machte. Wir fuhren einst mit einem Halbvetter zusammen Rad, saßen ab, und da fing er an, mit mir zu raufen. Am anderen Tage sagte das Mädchen, der Junge sei wild, sie mache nie mehr eine solche Radtour mit. Ich grübelte nach und dachte, es sei nicht schön, daß ich mich hätte auf die Erde fallen lassen und fuhr von da an nicht mehr aus. Frl. K. sagte gestern, wir wollten an die Eltern schreiben, ich hatte aber keine Lust dazu. Wir sprachen dann mit einer der Schwestern, und da sah ich den Assistenten. Da wurde mir heiß, allmählich aber immer kälter. Als ich ins Bett gehen wollte, mußte ich mich anstrengen, daß ich hinein kam, dann fing die Geschichte an. Dann fällt mir noch der Bruder einer Freundin ein, der mich einmal andichtete. Später hatte ich einen gewissen Ekel ohne Grund, hatte immer Angst, hinzugehen. Mutter wollte aber, daß ich hinginge und sagte: ‚Andere Mädchen haben doch auch Jungens gern.' Einmal hat er dann versucht mich zu küssen, und ich ging dann nie mehr hin." Nachmittags hatte sie einen ähnlichen Zustand wie in der Nacht, kommt aber „mit Singen" darüber weg.

5. 12. Regt sich immer über den Assistenten auf, wenn sie ihn sieht, Brief von Mutter, der ihr zu denken gibt, weil er ihr manieriert vorkommt.

6. 12. Kommt heute auf ihren Vater zu sprechen und auf die Tatsache, daß sie starke Eifersucht auf die Mutter empfunden habe, die ihr vorher noch nicht klar gewesen sei. Wenn Mutter nicht mehr gewußt habe, was sie mit ihr machen sollte, habe sie sie zu Vater geschickt. Sie habe sich bemüht, der Mutter nicht zu zeigen, daß sie den Vater mehr liebte. Da sie in ihrem Verhalten mir gegenüber ausgesprochen gehemmt und zu gleicher Zeit wieder kokett zu werden anfängt, wird ihr nunmehr das Wesen der Übertragung gezeigt.

7. 12. In der Nacht darauf Traum: „Erst lag ich bewußtlos vor der Tür eines Hauses, wußte nicht, wo ich war, dann fühlte ich einen Druck in der Luft und wurde hochgehoben, fiel wieder herunter, und so ging es ein paarmal. Dann gab es einen Knall, und dann flog ich ganz hoch und wurde wach. Ich schlief wieder ein und sah dann auf unserer Loggia Vater stehen, größer als sonst. Er sah auf die Fabrik, und da sah ich, wie plötzlich aus dem hinteren Bau eine Flamme schoß, sich schnell verbreitete, so daß das Ganze schnell in Flammen stand. Vater sah ruhig zu und sagte kein Wort. Und dann sah ich auf einmal meinen Onkel, der saß im Wohnzimmer auf einem Teppich und war schwer betrunken, wie mir Stimmen sagten. Er schien zu sterben, sprach noch allerlei Worte, die Vater noch zu hören versuchte. Es waren ganz furchtbar materielle, nebensächliche Dinge. Da hörte ich, wie Vater erzählte: ‚Onkel ist betrunken auf das Dach gestiegen, die Laterne hat die ganze Fabrik angezündet.' Kurz danach ging ich allein im Dunkeln durch die Fabrik und sah, daß nur das Dach abgebrannt, aber sonst alles erhalten war. Dann schlief ich wieder ein, und es kam wieder ein Traum (hat jetzt eine starke Hemmung, weiterzusprechen, denn es sei so traurig, sie könnte es schlecht erzählen, müsse aber doch dabei lachen): Ich war wieder zu Hause. Ich sah in dem Zimmer etwas Weißes liegen. Meine 5 Geschwister saßen herum und bückten sich über das Weiße und machten ängstliche Gesichter. Auf einmal sah ich,

daß es Mutter war als Leiche. Zuerst konnte ich es nicht recht fassen, weinte aber dann so sehr, daß nach dem Erwachen mein Kopfkissen naß war. Ich konnte nicht verstehen, daß sie mich nicht gerufen hatte, und daß nur die andern dabei gewesen waren. Ich schrie, sie sollte die Augen aufmachen, und beim Erwachen hatte ich Heimweh."

Einfälle zu diesem Traum: „Der Onkel ist sonderbar, hat viel Krach mit dem Vater, und es gibt dadurch viel Unannehmlichkeiten. Er ist aber mild mit mir, weil er ähnliche Zustände gehabt hat." Zu der Fabrik fällt ihr ein: „Der Onkel hat einen Anteil daran, tut aber nichts und schädigt Vater dadurch. Er trinkt auch manchmal." Zu dem anderen Traum fällt ihr nur noch ein, daß sie sich oft ärgere, wenn die Mutter sich mit den anderen Geschwistern mehr oder ebensoviel beschäftigt wie mit ihr. Es wird ihr darauf der Sinn des Traumes klargemacht: Haß gegen den Onkel und daneben eine gewisse Zuneigung zu ihm, Bewunderung des Vaters wegen seiner Ruhe, Todeswünsche gegen den Onkel, ausgesprochene Todeswünsche gegen die Mutter, Sehnsucht und Eifersucht ihr gegenüber.

10. 12. Bei Geburt der jüngsten Schwester konnte sie sich nicht freuen, stellte sich aber so an, als ob sie es täte. Sie machte sich Vorwürfe wegen ihrer Lieblosigkeit, konnte aber bis heute der Jüngsten gegenüber keine stärkeren Gefühle aufbringen. Seit einigen Tagen fühlt sie sich wieder mehr schwindelig. Es ist ihr langweilig, habe keine Lust, etwas zu machen, es fallen ihr allerlei unangenehme Dinge von daheim ein. „Es ist so, seitdem ich mit Ihnen über das Verhältnis zum Vater gesprochen hatte." Es sei ihr auch wieder so furchtbar heiß. Es werden ihr darauf die Beziehungen zwischen Vater und Tochter noch einmal auseinandergesetzt.

11. 12. Heute nachmittag hat sie sich mit ihrem Vater getroffen. Dieser war etwas „sonderbar". Das habe sie irritiert, und sie ist deshalb heute schlechter Laune. Der Vater erzählte vom Bruder. Sie steht schon seit 3—4 Jahren nicht mehr gut mit ihm. Vorher dagegen glänzend. „Er interessiert sich sehr für Literatur und Kunst, und da ich da nicht mitkam und er sich lieber mit Mutter unterhielt, zog ich mich von ihm zurück. Mit dem 17jährigen Bruder, der ein Flegel ist, stehe ich nicht gut, mit dem 7jährigen dagegen sehr." Sie gesteht dann nach starken Hemmungen, daß sie schon seit einigen Jahren öfters onaniere. Sie habe sich darüber sehr viele Gedanken und Vorwürfe gemacht und immer gedacht, es käme dafür sicher noch mal eine schwere Krankheit über sie. Die Erklärung, daß diese vulgäre Vorstellung ein Unsinn sei, macht sie sichtlich sehr viel freier.

14. 12. Erzählung von der Stellung als Haustochter, die sie in N. eingenommen hatte. Zuerst will sie betreffs des Herrn des Hauses sich an gar nichts mehr erinnern können, dann fällt ihr ein, daß sie des öftern, wenn sie ihm die Schuhe vor die Türe gestellt habe, ihn nur in der Hose gesehen habe und er ihr einmal gesagt habe, sie brauche sich ja nicht nach ihm umzusehen.

15. 12. Träumt viel von einer Lehrerin, die ihr zuletzt Unterricht gab. Sie ärgerte sich oft wegen ihrer Pedanterie über sie. Aufgefordert, sich auf die Stärke dieses Ärgers noch einmal einzustellen, gibt sie an, daß sie diese Lehrerin mit der Mutter identifiziert habe. Allerdings habe sie im Gegensatz zu der Lehrerin die Mutter nie geliebt. Sie habe sich oft über diesen Mangel an Kindesliebe Vorwürfe gemacht.

16. 12. Nachmittags trifft sie in meiner Sprechstunde eine Bekannte, mit der sie viel über Kindheitserinnerungen spricht, war danach sehr erregt.

Als ich darauf abends im Krankenhause anrufe und nach ihrem Befinden frage, gerät sie in große Erregung und behauptet, der Assistent habe einen Scherz mit ihr gemacht und sich meine Stimme angeeignet. Kommt infolgedessen noch abends um 10 Uhr ganz in der katatonischen Haltung wie im Anfang hierher und weiß nur zu sagen, daß sie sich so errege, weil man sie offenbar zum Narren gehabt habe. Ich kläre sie darüber auf, daß sie sich in Wirklichkeit viel mit dem Wunsch, der Assistent möchte sich mit ihr abgeben, beschäftigt habe, und daß dieser Wunsch die Idee in ihr wachgerufen habe, ich sei der Assistent am Telephon. Auf der anderen Seite habe sie sich auch noch mal wieder mit mir unterhalten wollen. Sie fängt darauf spontan von ihrer Einstellung mir gegenüber zu sprechen an und geht nach einer halben Stunde vollkommen beruhigt und klar über die Unsinnigkeit ihres Gedankens betreffs des Assistenten wieder weg.

17. 12. Die Erregung von gestern wirkt noch etwas nach. Sie hat sich auch über eine Krankenschwester geärgert. Erzählt heute von ihrer Mutter. Sie habe sie früher natürlich geliebt, aber später aus Eifersucht sich von ihr abgewandt. „Als ich mit 7 Jahren auf einer Nordseeinsel war, schrieb Vater, ich hätte etwas Schönes zu erwarten bei meiner Rückkehr, und ich sagte sofort: ‚Eine Kuh.' Als ich Mutter dann bei meiner Rückkehr mit dem kleinen Kind dasitzen sah, sagte ich gar nichts, freute mich auch gar nicht, konnte auch keine Anteilnahme aufbringen, als andere meiner Geschwister krank waren. Mit 5—6 Jahren hörte ich, daß Mutter mich nicht selbst ernährt und Vater mir die Pulle gegeben hatte, das fand ich von Mutter in hohem Grade rücksichtslos. Dagegen war ich eifersüchtig auf die Kleinste, weil sie die Mutter selbst nährte."

18. 12. Erinnerungen an den Tod der Großmutter. Die Mutter zwang sie als 9jähriges Mädchen zu der Toten hineinzugehen, was sie sehr erschreckte. Dann fällt ihr ein anderes Erschrecken ein, nämlich im Krieg, als einmal ein Offizier in den Ort gesprengt kam. Der Vater war im Felde, und sie dachte zuerst, es sei der Vater. Dann erzählt sie mit strahlendem Gesicht, daß sie sehr glücklich gewesen sei, wenn sie bei Gelegenheit irgend welcher Betrübnisse der Mutter den Kopf habe in den Schoß legen dürfen. Sie müsse also doch Liebe zu der Mutter gehabt haben.

19. 12. Gestern Unterhaltung mit der Krankenschwester über deren Schneeschuhlaufen in der Eifel. Die Schwester zeigte ihr eine Photographie mit Mädchen, die neben Jungens sitzen und sagte, Patientin solle später auch mal in die Eifel kommen. Danach in der Nacht folgender Traum: „Ich war in einer Skihütte und die Krankenschwester mit. Mutter gab mir etwas, was ich oben in das Zimmer bringen sollte, wo ein Bruder einer Mitschülerin war, der sehr musikalisch ist und spielte. Als Fräulein K. es sah, stürzte sie die Treppe vor mir herauf, riß mir den Brief aus der Hand, und da lief ich ihr nach und konnte ihr den Brief gerade noch abnehmen, und sie stürzte hinten über die Treppe hinunter. Ich ging dann hinauf und gab den Brief ab. Dann träumte ich noch: Ich bekam die Mandeln herausgeschnitten. Das Blut stand im Munde, und dann sollte ich kurz darauf das Zäpfchen in den Hals gedrückt bekommen. Es täte zwar furchtbar weh, aber wenn ich es nicht machen ließe, müßte ich sterben, und zwar sollten Sie mir das machen. Dann sollte ich mir das Narkoseding vor das Gesicht halten lassen. Ich rief Fräulein K. und sagte: ‚Warum soll ich denn ersticken, warum operiert werden?'"

Einfälle: „Am Tage vorher sah ich den Frauenarzt im Krankenhaus

herumlaufen. Es war eine große Aufregung wegen der Geburt eines Kindes. Das machte großen Eindruck auf mich."

Deutung des ersten Traumes: Eifersucht auf Fräulein K., Wünsche, auch dergleichen Dinge mit jungen Leuten zu erleben wie diese. Zum zweiten Traum: Offenbar erotische Wünsche mir gegenüber, da sie zu Zäpfchen männliches Genitale assoziiert. Und zu furchtbar weh tun erzählt sie, sie habe von einer Freundin, die sich jetzt verheirate, über die Vorgänge beim sexuellen Verkehr allerlei erzählt bekommen.

20. 12. Sehr erregt über die Erkenntnisse obiger Zusammenhänge. Sie habe selbst während der Erzählung das Gefühl gehabt, daß etwas Besonderes dahinter stecke. Es sei ihr auch eingefallen, daß sie einmal bei einer Kusine sich stark über die Mutter beklagt habe, und zwar kurz nach der Geburt der jüngsten Schwester.

21. 12. Nach Ankunft und Abfahrt des Vaters wieder erregter. Träume danach sehr lebhaft, weiß sich aber nicht mehr zu erinnern. Im ganzen sehr viel besser mit Ausnahme des heutigen Tages.

22. 12. Wegen allerlei Familienangelegenheiten gezwungen, nach Hause zu fahren.

10. 1. 17. Zu Hause zuerst sehr vergnügt und ruhig, dann eine Auseinandersetzung mit der Mutter und danach einige Stunden Gefühl, „als ob sie einen Rückfall bekäme", das aber bald wieder, nachdem sie entsprechende Gegenübungen gemacht hatte, verschwand.

15. 1. 17. Erzählt heute, daß sie einmal davon geträumt habe, daß sie bei ihrem Vater im Bette liege und von ihm nachher ein Kind bekommen habe. Traum von einer Lehrerin, die von ihrem alten Vater ebenfalls ein Kind hatte. Diese Lehrerin hatte ihre jüngste kleine Schwester einige Zeit vorher so freundlich behandelt.

16. 1. Traum: „Wir standen am Bahnhof. Der Zug fuhr ein. Mutter und die anderen stiegen ein, Eva, die Jüngste, zögerte. Sie wollte eigentlich in den Gepäckwagen hinein. Der Zug fuhr sehr schnell ab. Sie wollte gerade aufsteigen, da habe ich sie noch zurückgehalten, so daß sie herausfiel, aber nicht unglücklich. Vater rief aus dem Zug mir noch allerlei nach und machte Bewegungen mit den Händen, warf uns einen Fahrschein heraus." Die beiden Assoziationen zu diesem Traum ergaben, daß sie offenbar einerseits die Schwester wegwünscht, andererseits sie aber auch besonders für sich haben will.

17. 1. Heute abend rückt sie spontan damit heraus, daß sie jetzt den Sinn der Übertragung ganz verstanden habe und sich nun klar darüber sei, wie stark sie in mir den Vater sehe.

18. 1. Traum: „Ich sah seinen Kirchhof. Ich glaube, es war in meiner Heimatstadt. Zuerst sah ich eine weinende Frau, die stand an einem Grabe, es war ihr zugleich der Sohn und Vater gestorben. Dann sah ich das Grab meiner Großmutter daneben (Mutter der Mutter) und neben diesem noch ein Grab, das aber mit einer Kameelhaardecke überdeckt war. Irgend jemand sagte mir, das wäre mein Grab, da käme ich später hinein. Auf einmal stand meine Großmutter neben mir. Sie sagte: ‚Denkst du auch daran, wie rasch ein Mensch sterben kann und wie schwach er ist und wie dumm es ist, daß Menschen Gott lästern.' Dann war sie fort, und ich wurde mit einem großen Krach wach. Es fiel Schnee vom Dach auf die Straße." (Kirchhof) sie lacht, „ich weiß es nicht". (Weinende Frau) „zuerst eine Frau, die ich gestern auf der Straße sah, sie hatte einen schwarzen Schleier und weinte.

Sie tat mir leid". (Sohn und Vater gestorben) lacht, „Vater und mein Bruder". (Kameelhaardecke) lacht wieder, „da fällt mir Mutter ein".

Deutung: Wünscht Vater und Bruder tot und sich in das Grab (Leib ihrer Mutter zurück), also möchte besonders von der Mutter umhegt und gepflegt werden. Daß sie über den Mutterleib eine Kameelhaardecke breitet, enthält zugleich eine Beschimpfung. Und als ich ihr das erkläre, bricht sie in ein derartiges anhaltendes typisches Lachen aus, daß damit die Deutung ohne weiteres als richtig erwiesen wird. Die Angst vor der Strafe für solche Freveltat ergibt sich aus der nachfolgenden Äußerung der Großmutter über die Lästerung Gottes.

21. 1. Traum: „Ich saß in Ihrem Nebenzimmer (wo sich die Patienten bei der ersten Untersuchung aus- und anzukleiden pflegen) und mußte erzählen. Auf einmal wurde von Ihrer Privatwohnung angeklingelt, und da sagte jemand, Sie sollten sofort in das Sprechzimmer kommen, Ihre Frau wollte Sie sprechen. Sie machten ein erschrockenes Gesicht, ganz wilde Augen und sagten, ich solle fortgehen zu dem ‚Schwarzen'. Dann riß der Traum ab, und Sie waren irgendwo anders. Da war ein kleines Mädchen, das spielte mit Ihnen. In dem Augenblick, wo Sie sagten zu dem ‚Schwarzen am Rhein', sah ich einige Schwarze mit rotem Fez auf dem Kopf." Assoziationen: (Nebenzimmer) „daß Patienten sich dort entkleiden müssen". (Anklingeln) „daß ich oft sehr eifersüchtig auf Ihre Frau bin". (Die Schwarzen) „ein Schwarzer ist ein Mohr, und Sie schicken mich also von Ihnen zu den wilderen Völkern, die aber auch Mohren sind". (Kleines Mädchen) „das bin ich". Deutung: Klare erotische Wünsche mir gegenüber. Wunsch, ich möchte „wilder", d. h. weniger zurückhaltend, sein, dann Erkenntnis, daß sie im Grunde ein kleines Mädchen ist, indem sie solche Wünsche mir gegenüber hat.

25. 1. Hat viel Differenzen mit ihrer Krankenschwester. Ich erfahre von einer anderen Schwester, daß sie mit ihr öfters zusammen im Bett liege, erkläre ihr im Anschluß daran die doppelgeschlechtliche Veranlagung des Menschen, was sie unter starker Erregung als vollkommen zutreffend für sich bezeichnet.

29. 1. Seit einigen Tagen zunehmend ruhiger, in jeder Hinsicht einsichtiger, erzählt hemmungslos allerlei Einzelheiten aus ihrem frühesten Kinderleben, erklärt selbst, sie fühle sich wie erlöst.

5. 2. 24. Bei fortschreitender weiterer Besserung des Gesamtbefindens vorläufig zu Verwandten entlassen.

Der Fall wurde mehrere Monate nachkontrolliert und ist weiter in Ordnung geblieben, bis sie nach einem Jahr ein schweres sexuelles Trauma erlitt. Im Anschluß daran erkrankte sie mit ähnlichen Symptomen, die aber jetzt doch noch mehr das Gepräge einer Schizophrenie haben. Sie ist noch in Behandlung. Die Besserung des ersten Schubs der Erkrankung war aber doch so auffallend und die Fortschritte hingen so eng mit den einzelnen Phasen der Aufdeckung unbewußter Spannungen und Hemmungen zusammen, daß der Fall therapeutisch aufmunternd wirken muß.

Bezüglich der Paranoia haben einzelne Ärzte, z. B. Bjerre, ebenfalls Günstiges berichten zu können geglaubt.

Mir selbst fehlen darüber bisher unzweideutige Erfahrungen.

Mag man aber auch an der Möglichkeit der Beeinflussung geistiger Störungen nach ihrem Ausbruch vollkommen zweifeln, die Bedeutung einer systematischen psychischen Beeinflussung als Vorbeugungsmittel

wird man auf keinen Fall gering anschlagen dürfen. Und ich möchte es geradezu als eine Forderung der Vernunft bezeichnen, daß gerade schwer belastete Individuen bei dem ersten Anzeichen irgend einer Abnormität wenigstens über die wesentlichsten Punkte des Trieblebens aufgeklärt und über die Bedeutung des Unbewußten so weit orientiert werden, daß den abnormen Reizverarbeitungen im Gehirn von ihnen wenigstens bis zu einem gewissen Grade entgegengearbeitet werden kann.

Organische Krankheiten.

Wir müssen uns hier natürlich auf die Erwähnung einiger weniger organischer Erkrankungen aus der inneren Medizin beschränken, da das Gebiet natürlich viel zu groß ist, um auch nur annähernd besprochen werden zu können.

Vorauszustellen wäre noch einmal der Satz, daß es keine nur seelische und keine nur körperliche Krankheit gibt, sondern nur ein lebendiges Geschehen in einem lebendigen Organismus, dessen Lebendigkeit eben darin besteht, daß er Seelisches und Körperliches in sich als einer Einheit vereinigt. Je tiefer wir in der Erkenntnis dieser Zusammenhänge von der seelischen wie von der körperlichen Seite her kommen, je tiefer wir also einerseits in die Schichten des Unbewußten hinuntersteigen und je mehr wir andererseits das Wesen des Lebens zu erfassen versuchen, um so stärker wird der Eindruck, daß an der Wurzel beides im Grunde genommen dasselbe ist.

Dementsprechend findet man auch bei scheinbar rein organischen Krankheiten immer gleichzeitig das Psychische wesentlich mitalteriert, und zwar in einer Weise, die häufig für einzelne Krankheiten etwas Typisches an sich hat. Das ist uns bei Fällen von Blindheit und Taubheit ohne weiteres verständlich: jedermann weiß, daß der Blinde in seinem Seelenleben eine gänzlich andere Einstellung hat als der Taube und beide eine andere, als der Gesunde. Es gilt aber genau so gut für die seelische Wirkung des Verlustes einzelner Glieder oder der Schädigung des Körpers durch bestimmte Toxine. Der „Nachrichtendienst", von dem Bleuler redet, der von einer Zelle und Zellgruppe des Organismus zur andern geht, der die Zelle des einen Teiles veranlaßt, sich zu ändern, wenn die des anderen Änderungen erfährt, zeigt dieses Zusammenwirken seelischer und körperlicher Faktoren ja ganz deutlich. Wie Heyer mit Recht sagt, gibt es innerhalb der Tiefenempfindungen auch ein Totalitäts- und Intaktheitsgefühl, dessen Verletzung die Sicherheit des automatischen Ablaufs des Lebens raubt. Man wird diesen Dingen mit den Worten Schockwirkung u. ä. nicht gerecht, sondern die Zusammenhänge sitzen viel tiefer und greifen an viel allgemeineren Wurzeln des Lebens an, ebenda, wo Seelisches und Körperliches ineinander übergehen.

Damit hängt es auch zusammen, daß umgekehrt einmalige, kurz

dauernde psychische Funktionsstörungen sich für gewöhnlich bald wieder zurückbilden, daß aber andererseits, wenn die seelische Einwirkung länger dauert und tiefer greift, diese Funktionsstörung immer mehr auch zu deutlichen Veränderungen anatomischer Art führen muß. Dafür habe ich ja schon oben Beispiele angeführt. Heyer hat es kürzlich an dem Beispiel der Entstehung organischer Störungen des Magens aus funktionellen ebenfalls zu zeigen versucht. Er sagt: „Dauernde Alteration (Sorgen, Ärger, Hast usw.) bei den Mahlzeiten bewirkt u. a. Sekretionsstörungen des Magens; diese gehen aus von mangelhafter nervöser Steuerung seiner Tätigkeit, welche außer der speziellen Saftabsonderung seine Motilität — die Muskulatur — wie seine Durchblutung, seinen Tonus usw. trifft. Führt ein vernünftigeres psychisches Regime in Bälde zu einer Abstellung des Schadens, so wird auch „organisch" alles wieder zur Norm zurückkehren. Ist dem nicht so, so müssen die chronischen Störungen der Magenfunktion zu tiefergreifenden Veränderungen führen; es wird beispielsweise ein Katarrh der Magenschleimhaut entstehen. Dieser läßt sich dann bereits deutlich nachweisen. Auch hiermit braucht es sein Bewenden noch nicht zu haben. Viel häufiger als man anzunehmen pflegt, sind mit Störungen der Magenschleimhaut kleinste Blutungen verbunden („parenchymatöse" Blutungen), die noch keineswegs ein echtes Ulcus ventriculi sind. Kommt aber solch eine parenchymatös blutende Schleimhautstelle nicht zur baldigen Abheilung — sei es durch weitere schädliche Lebensweise, sei es durch angeborene Minderwertigkeit der Magenwand — die sogenannte Ulkusdisposition —, so kann daraus sehr wohl mit der Zeit ein echtes Ulcus rotundum werden. Uns scheint, daß man fasziniert von dem runden Defekt in der Schleimhaut, den das fertige Ulkus zeigt, vielfach zu wenig daran denkt, daß wir es hier ja doch mit einem Endstadium eines Vorganges zu tun haben, eines Vorganges, der in seinen Anfangsstadien sicher viel häufiger ist denn als komplettes Endstadium, als Ulkus." Was hier über die Entstehung organischer Symptome aus funktionellen gesagt wird, das läßt sich natürlich ohne weiteres auch auf die Wirkung einer psychischen Behandlung im Sinne einer Umstimmung organischer Störungen anwenden; denn grundsätzlich geschieht dabei, wenn nur lange genug und intensiv genug eingewirkt wird, genau dasselbe.

Von körperlichen Erkrankungen seien nun zunächst die des Herz- und Blutgefäßsystems erwähnt. Es ist bekannt, daß gerade für die Behandlung der Kreislaufstörungen eine Tatsache von besonderer Wichtigkeit ist: das Gefühl einer gewissen inneren Ausgeglichenheit, Ruhe, Sicherheit, Kraft, hängt aufs engste mit dem normalen Ablauf dieser Vorgänge zusammen, und umgekehrt finden wir regelmäßig Angst, Unsicherheit, Lähmung, Schwindel mit Störungen auf diesem Gebiet verbunden. Will man also die organischen Störungen beseitigen, so muß man vor allem auch diese psychischen Begleiterscheinungen berücksichtigen. Besonders

zahlreich sind die Arbeiten, die die Bedeutung dieses psychischen Faktors bei Angina pectoris schildern. Man kann hier in der Tat oft zauberhafte Besserungen der besonders quälenden subjektiven Symptome erreichen. Wie weit es gelingt, damit auch gleichzeitig die zugrunde liegende objektive körperliche Störung zu beeinflussen, darüber fehlen uns noch exakte Untersuchungen.

Durch Krehl, Hoffmann u. a. haben wir auch eine große Zahl von Beobachtungen über seelische Einflüsse bei der Entstehung der paroxysmalen Tachykardie, der Extrasystolieen und Rhythmusstörungen. Wie stark auch unkompensierte Klappenfehler auf diesem Wege zu beeinflussen sind, dafür habe ich im Laufe der Jahre ein ansehnliches Material gesammelt. Die starke Wirkung auf Blutdrucksteigerung durch eine Kombination psychophysischer Mittel und die teilweise dauernde Besserung dabei habe ich ja schon früher (S. 206) beschrieben. Es ist kein Zweifel, daß man bei rechtzeitigem Eingreifen Hypertonien auf diesem Wege vorbeugen und der angiospastischen Komponente, die bei schon bestehender Arteriosklerose so häufig ist, beikommen kann.

Die Wirkung der Blutverteilung auf die Heilung kann auch bei „rein organischen" Störungen sehr bedeutend sein. So hat Plesch (Deutsche med. Wochenschr., 1924, Nr. 7) vorgeschlagen, bei Knochenbrüchen alter Leute zwecks Hyperämisierung des zu bildenden Kallus, möglichst viel Bewegungsimpulse zu den verletzten Extremitäten zu schicken. „Wir können bei Fällen, bei welchen die Kallusbildung vollkommen sistiert, durch den stundenlangen Gebrauch der Beine in der Vorstellung eines langen Spazierganges schließlich die Heilung erzielen." Er meint, bei den oberen Extremitäten müßte die zu wählende Vorstellung z. B. in Klimmzügen, Werfen usw., bei den unteren Extremitäten in Treppensteigen, Stehen auf einem Bein usw. bestehen. Dazu ist allerdings eine starke Anspannung der Vorstellungstätigkeit nötig. Diese psychophysische Therapie, meint er weiter, könnte auch auf sonstige Schädigungen des Knochensystems wie Karies, Osteomyelitis, angewandt werden. Die Vorstellungen in der Gehirnrinde wirken in diesem Falle vermutlich aufs Zwischenhirn und von da durch das autonome Nervensystem weiter auf die Blutgefäße.

Wenn wir hören, daß Beckmann unter dem Einfluß seelischer Erregungen die Kohlensäureausscheidung der Atmungsluft herabgesetzt fand, daß es Heyer gelang, rein durch krampfhaftes Atmenlassen experimentell einen seelischen Erregungszustand zu erzeugen und daß schon allein die Aufmerksamkeitsspannung auf die Atmung wirkt, so wird man auch an der Bedeutung und Möglichkeit psychischer Einwirkung bei Lungenerkrankungen, Zwerchfellstörungen (die Phrenokardie von Herz gehört hierher), Asthmazuständen nicht zweifeln können. Systematishe Atemübungen verbunden mit entsprechender Psychotherapie können hier in der Tat oft Hervorragendes leisten. Daß gerade bei der Atmungstätigkeit

besonders deutlich zu sehen ist, wie die Funktion, also etwas wesentlich von psychischen Faktoren Mitbedingtes, das Organ bildet und nicht bloß, nicht einmal vorwiegend das Organ die Funktion, wissen wir seit den Untersuchungen Hoffbauers u. a. genau. Dabei sind übrigens, wie bei allen andern organischen Erkrankungen Stimmungen von oft weit größerer Bedeutung als Gedanken und Vorstellungen, obgleich man natürlich nicht verkennen darf, daß die letzteren sehr oft unbewußt die ersteren auslösen und beide immer irgendwie zusammenhängen. Den physiologischen Vorgang in solchen Fällen kann man sich mit Glaser so vorstellen, daß Erregungen im Zwischenhirn, Höhlengrau und dritten Ventrikel entstehen und von da über den Vagus und Sympathikus zu den inneren Organen gehen. Das ist freilich nur eine Annahme, für die allerdings eine Reihe von Erfahrungen und Experimenten zu sprechen scheinen. Bestimmtes wissen wir darüber natürlich noch nicht. Dagegen ist sicher, daß wir früher häufig deswegen bei Beeinflussungsversuchen organischer Störungen durch psychische Behandlung nicht weiter gekommen sind, weil man zu „rational", d. h. unter zu geringer Berücksichtigung der Bedeutung einer Umänderung der Stimmungslage vorzugehen versucht hat. Darauf habe ich schon in meinen ersten Veröffentlichungen über hypnotische Beeinflussung solcher Störungen hingewiesen.

Einwirkungen seelischer Art auf den Gesamtstoffwechsel sind häufig. Außer den früher genannten sei hier auf die Untersuchungen von Beckmann, Heyer und Grote verwiesen, die unter den Einflüssen des täglichen Lebens oder bei suggestiv gesetzten Erregungen eine Änderung des Phosphorhaushalts im Körper nachweisen konnten. Heyer nimmt an, daß dabei gewisse Änderungen der Ionenverhältnisse, die vom autonomen und endokrinen System abhängig sind, eine Rolle spielen. Übrigens hat auch Glaser (Klin. Wochenschr., 1924, Nr. 33 u. Med. Klinik, 1924, Nr. 36) gezeigt, daß der Blutserumkalkspiegel infolge seelischer Erregungen starke Schwankungen aufweist, also eine qualitative chemische Blutveränderung auf psychischem Wege zustande kommen kann. Wie man sich das auch denken mag, die Tatsache an sich steht fest: der Gesamtstoffwechsel untersteht ebenso stark seelischen Einflüssen wie andere körperliche Vorgänge. Auch bei Versuchen, auf ihn Einfluß zu bekommen, dürfen wir also das psychische Element nicht unberücksichtigt lassen.

Daß viele mit Störungen der inneren Sekretion einhergehende Erkrankungen, vor allem der Basedow in seinen verschiedenen Abarten und der Diabetes mellitus, einer psychophysischen Behandlung besonders zugängliche Objekte sind, das haben die Erfahrungen der letzten Jahre beim Basedow, besonders die des Krieges, gezeigt. Ein Fall von Rohde (Nr. 241a) ist in dieser Hinsicht besonders instruktiv: Ein von ihm am 15. 10. 14 wegen Kopfschmerzen untersuchter Soldat, an dessen

Nervensystem nichts besonderes zu beobachten war, erleidet am 28. 10. einen Granateneinschlag ohne Verletzung. Er wird eine halbe Stunde später untersucht; körperlich maximal erweiterte Pupillen, Schütteln, gespannter und labiler Puls, psychisch weinerlich. Am Abend dieses Tages zeigt er noch gesteigerte Dermographie, lebhafte Reflexe und Brechneigung. Es bestand eine sehr deutliche Pulsation der Halsgefäße und Schwirren über der Schilddrüse. Dabei fand sich in derselben Lage, wie bei den sonstigen Untersuchungen, das Jugulum völlig ausgefüllt von einer gut abtastbaren Schilddrüse. Am nächsten Morgen war diese nicht mehr fühlbar wie am Tage vorher. Durchfall, Unruhe waren noch vorhanden. Auch das verschwand am zweiten Tage. Solche akut entstehenden Fälle thyreotoxischer Erscheinungen zeigen doch deutlicher als alle theoretischen Deduktionen, von welcher Seite man mit Sicherheit an den Basedow herankommen kann, währenddem alle nur von der organischen Seite her ausgehenden Versuche physiologisch zur Zeit noch im Dunkeln tappen.

Betreffs der Magen- und Darmerkrankungen haben die früher mitgeteilten Tatsachen uns ja klar den Weg gewiesen, der zu einer Heilung auch von der psychischen Seite aus einzuschlagen ist.

Einer Mitteilung von Glaser (Med. Klinik, 1924, Nr. 16) ist an dieser Stelle zu gedenken, weil sie dartut, wie tief die vom autonomen Nervensystem versorgten Gebiete sich psychisch beeinflussen lassen. Er konnte zeigen, daß die auf zerebralem Wege angefachten Magentätigkeiten mit anderen, vegetativ-nervösen Veränderungen einhergehen. Letztere bestehen in Gefäßreflexen, die sich durch sympathikonische Leukozytosen und vagotonische Leukopenien kundgeben. Die bekannten alimentären Leukozytosen und Leukopenien faßt Glaser nach seinen Untersuchungen als Ausdruck von Gefäßreflexen auf, die vom Magen her entstehen. Genau dieselben alimentären Leukozytosen und Leukopenien sind aber nun auch bei geeigneten Versuchspersonen durch psychische Mahlzeiten zu erzielen, bei denen die Patienten nach Plesch in Gedanken die Speisen ebenso zerkleinern und bis zum Schlucken genau so lange zerbeißen müssen, als äßen sie wirklich. Wenn die Nachprüfung die Richtigkeit dieser Angaben ergibt, so hätten wir hier ein exaktes Beispiel für die nahen Beziehungen des willkürlichen zum unwillkürlichen Nervensystem vor uns, das zeigt, wie im Gehirn entstehende, durch energisches Wollen hervorgerufene Vorstellungen auf dem Wege über das autonome System ganz bestimmte Reflexe hervorrufen können.

Auch der emotionelle Ikterus weist ja auf den Zusammenhang des Gehirns mit dem autonomen Nervensystem der Gallenwege hin. Die neuere Gallenblasenphysiologie glaubt den Nachweis erbracht zu haben, daß sowohl starke Vagusreize als auch Sympathikuserregungen zu einem Verschluß des Sphinkters an der Vaterschen Papille führen. Bei einer auf

psychischem Wege entstandenen Gelbsucht werden also Eindrücke der Rinde, die Affekte und Stimmungen im Zwischenhirn auslösen, so starke Erregungen des vegetativen Gallenwegnervensystems hervorbringen, daß daraus eine Verhinderung des Gallenabflusses resultiert. Glaser weist in diesem Zusammenhang auf das alte Bauernmittel gegen Gelbsucht, den Schreck, hin und meint, der abnorme Erregungszustand in diesem Teile des autonomen Nervensystems könne unter Umständen in der Tat durch eine andere Stimmungslage beseitigt werden.

Ein Fall eines solchen emotionellen Ikterus ist mir besonders eindrücklich geblieben. Es handelte sich um einen Bekannten, dessen seelische Konstitution ich genau kannte. Er war verlobt und lernte während dieser Zeit ein anderes Mädchen kennen, mit dem er sich in sexuelle Beziehungen einließ. Darüber große Selbstanklagen, zugleich heftigste Auseinandersetzung mit dem Geliebten des Mädchens. Am Abend des Tages dieser letzteren ohne körperlich sichtbare Ursache stärkste Gelbfärbung der Skleren, am nächsten Tag der ganzen Haut, Juckreiz, verlangsamter Puls, typischer Urinbefund. Nach Aussprache mit mir, die er selbst gesucht hatte, klingen die Symptome fast ebenso plötzlich ab, wie sie gekommen waren, obwohl er weder eine strenge Diät einhielt, noch sonst etwas wesentliches in körperlicher Beziehung dafür tat.

Daß die sogenannten rheumatischen und gichtischen Erkrankungen einschließlich des akuten Gelenkrheumatismus mit seelischen Vorgängen in Verbindung stehen, ist bekannt. Ich habe selbst einen Fall von akutem Gelenkrheumatismus behandelt, wo die erste Schwellung noch deutlicher als in dem früher mitgeteilten Fall gleichzeitig mit heftigen Selbstvorwürfen über eine Verfehlung der Ehefrau gegenüber auftrat und wo die Erkrankung ganz offensichtlich den Sinn hatte und auch diesen Zweck tatsächlich erreichte, mit der Frau wieder in einen innigeren Konnex zu kommen. Die Krankheit zog sich monatelang hin und fing erst an, sich zu bessern, als in den Circulus vitiosus zwischen Psychischem und Physischem durch die Erkenntnis dieser Zusammenhänge ein energischer Schnitt gemacht worden war. Wie man sich dabei die Heilwirkung zu erklären hat, ob auf dem Wege einer durch die psychische Umstimmung erzeugten Blutverschiebung und Heilhyperämie im Sinne Biers, oder durch eine auf kompliziertem Wege erzeugte Stoffwechseländerung, das muß natürlich noch eine offene Frage bleiben. Die Tatsache an sich steht fest.

Dies Wenige mag genügen, um noch einmal zu zeigen, daß und warum ich mir von einer größeren Berücksichtigung psychischer Faktoren und des psychophysischen Wechselspiels, von einer mehr biologischen Auffassung der Krankheitsvorgänge auch für organische Zustände, vieles verspreche. Über die Behandlung selbst wird man im allgemeinen folgendes sagen können: es gilt zunächst eine möglichst klare Diagnose zu

schaffen, um diejenige organische Seite, an der die körperlichen Heilfaktoren angreifen müssen, deutlich erfassen zu können. Hat man das erreicht, so wird man die weitere Aufgabe darin erblicken müssen, die Wirkung der körperlichen Heilfaktoren schon in ihren Anfängen von der psychischen Seite her zu unterstützen und die einmal eingeleitete Einwirkung dann psychotherapeutisch gründlich auszugestalten.

Es gibt indessen auch genug Fälle, wo man an der physischen Seite, sei es, weil uns bisher die wissenschaftliche Einsicht in die physiologischen Zusammenhänge noch fehlt, sei es, weil seitens des Patienten ein Mangel an Gesundheitswillen vorliegt, nicht angreifen kann, während der psychische Anteil der Erkrankung bekannt und erfaßbar ist. Da muß man also in dem Circulus vitiosus zwischen psychischen und physischen Verursachungen von vornherein am psychischen Teil einsetzen.

Grundsätzlich ist bei der psychophysischen Behandlung organischer Krankheiten nichts anderes zu beobachten, als was von derjenigen funktioneller bzw. psychogener Leiden[1]) auch gilt; aber auf einige Punkte in der Methodik muß besonderer Wert gelegt werden.

Wenn wir uns nämlich fragen, welche physiologischen Vorgänge bei der Entstehung von organischen Krankheiten wesentlich in Frage kommen, so sind es vor allem Störungen der Blutversorgung und chemischer, hauptsächlich hormonaler Vorgänge. Von beiden wissen wir, daß sie in einem, früher für unmöglich gehaltenen Maße seelischen Einflüssen zugänglich sind. Wir wissen aber auch, daß nur tief an der Wurzel archaischer Vorgänge anpackende Methoden hier ursprünglich und wesentlich helfen können: das ist die tiefe Hypnose, eine konsequente Autosuggestion mit exerzitienähnlichen Übungen (vgl. oben Plesch) und die Psychoanalyse. Die ersteren beiden kommen vor allem für die Beeinflussung sämtlicher, vom autonomen Nervensystem versorgten Gebiete und für solche Fälle in Betracht, die möglichst rasch umgestimmt werden müssen; die Psychoanalyse dagegen für die komplizierteren Fälle der erst allmählich zu erreichenden Lösung alter Hemmungen und Spannungen. Daß dann nach dem Einsetzen der Wirkung von Hypnose, Autosuggestion und Analyse auch gegebenenfalls sämtliche anderen psychotherapeutischen Methoden angewandt werden müssen, ist selbstverständlich. Vor allem aber muß, wer auf diesem organischen Gebiet etwas erreichen will, sich vor Augen halten, daß es sich bei der Anregung von materiellen Umbildungsvorgängen um höchst komplizierte Abläufe handelt, daß deswegen nur durch eine sehr lange Zeit fortgesetzte und sehr häufig wiederholte Übung nach einer bestimmten Richtung hin etwas zu erreichen ist und daß man dabei vor allem auf die Hervorrufung

---

[1]) Funktionell und psychogen ist, wie hier ausdrücklich bemerkt sei, weil es noch oft einfach zusammengeworfen wird, nicht dasselbe.

einer bestimmten Stimmungs- und Affektlage, mehr als auf die von Vorstellungs- und Gedankenabläufen, Wert legen muß. Gerade in dieser Beziehung hat es aber bisher in den meisten Fällen gefehlt, und man darf sich nicht wundern, daß die Resultate infolgedessen gering waren.

Auch das schon bei den Organneurosen gestreifte wichtige Problem taucht hier noch einmal auf: ob bestimmten körperlichen Erkrankungsformen bestimmte seelische Konstellationen regelmäßig zugeordnet sind. Noch weit davon entfernt, dieses Problem lösen zu können, wissen wir doch immerhin mancherlei: so, daß Ekel und Magenstörungen, Depressionszustände und Darmaffektionen, Kummer und Angst und Herzerkrankungen, Ärger und Lebererkrankungen, innere Haltung und Gewebetonus in naher und regelmäßiger Beziehung stehen, und man wird also auch in der Therapie organischer Zustände darauf acht haben müssen, diese psychischen Begleiterscheinungen nach Möglichkeit anzugreifen.

Geht man nach den eben genannten Grundsätzen vor, so darf behauptet werden, daß auch die Behandlung organischer Leiden von der psychischen Seite her, zumal wenn sie mit der physischen sich in wirklich zweckmäßiger Weise verbindet, Erfolge zeitigt, von denen man sich bis vor kurzem in der Medizin eine auch nicht annähernd richtige Vorstellung gemacht hat. Bezüglich der Einzelheiten sei auf die oben mitgeteilten Krankengeschichten verwiesen. Hier möchte ich nur noch einmal ausdrücklich wiederholen, daß wir, wenn wir überhaupt auf diesem Gebiete etwas erreichen wollen, den Mut haben müssen, dem Seelischen die Bedeutung einzuräumen, die ihm gebührt, und daß wir den Glauben haben müssen an die Wahrheit des Satzes: Es ist der Geist, der sich den Körper baut.

Literaturverzeichnis.

(Diese Literaturangaben erheben keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sollen nur die Möglichkeit für Auffindung weiterer Literatur bieten.)

1. Abraham, Zur Prognose psychoanalytischer Behandlungen im vorgeschrittenen Lebensalter. Intern. Zeitschr. f. Psychoan., 1920, H. 2.
2. Adler, Beiträge zur Lehre von der organischen Grundlage der Psychoneurosen. Österreich. Ärzte-Zeitung, 9. Jahrg., 1912, Nr. 23.
3. — Über den nervösen Charakter. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1912. Nr. 47.
4. — Praxis und Theorie der Individualpsychologie, 2. Aufl. J. F. Bergmann, München.

4a. Alexander, Der biologische Sinn psychologischer Vorgänge. Imago 1923, Bd. 9.

5. Alrutz, Sidney, Halbspontane Erscheinungen in der Hypnose. Zeitschr. f. Psychol., 1909, Bd. 52.
6. — Neue Strahlen des menschlichen Organismus. Püttmann, Stuttgart 1924.
7. Aschaffenburg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, herausgeg. von Curschmann, S. 796. Berlin 1909.
8. — Die neueren Theorien der Hysterie. Deutsch. med. Wochenschr., 1907,
9. — Die Beziehungen des sexuellen Lebens zur Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheiten. Münch. med. Wochenschr., Nr. 37.
10. Bacmeister, Entstehung des Gallensteinleidens. Erg. d. i. Med., 1913, Bd. 11.
11. Baudouin, Suggestion und Autosuggestion. Sibyllenverlag, Dresden 1924.
12. Bäumler, Ch., Über die Beeinflussung der Herztätigkeit in der Hypnose. Münch. med. Wochenschr., 1917, Nr. 43.
13. Becher, E., Gehirn und Seele. Karl Winter, Heidelberg 1911.
14. v. Bergmann, Die nervösen Erkrankungen des Magens. Verh. d. d. Ges. f. i. Med., 1924.
15. Bernheim, Hypnotisme, Suggestion, Psychotherapie. Deuxième édition. Paris 1903.
16. Bezzola-Rohr, Zu den psychotherapeutischen Wirkungen des Hochgebirges. Zeitschr. f. Baln., 3. Jahrg., 1910/11, Nr. 11.
17. Bickel, Über die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Vorgängen des Bewußtseins und der Innervation des Gefäßsystems. Med. Klinik, 1915, Nr. 8.
18. Biedel, Innere Sekretion. 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg, Berlin 1916.
19. Bier, Höchstleistungen durch seelische Einflüsse und Daseinsnotwendigkeiten. Münch. med. Wochenschr., 1924, Nr. 37.

20. Bircher-Benner, Grundzüge der Ernährungstherapie. Otto Salle, Berlin 1909.
20a. Binswanger, Einführung in die Allg. Psychologie. Springer, 1922.
21. Bjerre, Das Wesen der Hypnose. Zeitschr. f. Psychother. u. med. Psych., 1914, Bd. 4, H. 1.
22. Bleuler, Dementia praecox. Handb. d. Psychiatrie. Deuticke 1911.
23. — Psychisch und Physisch in der Pathologie. Springer, Berlin 1916.
24. — Naturgeschichte der Seele und ihres Bewußtwerdens. Springer, Berlin 1921.
24a. — Die Psychoide als Prinzip organischer Entwicklung. Springer, 1925.
25. — Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin 1916.
26. — Das autistisch undisziplinierbare Denken in der Medizin und seine Überwindung. Berlin 1922.
26a. — Die Psychoanalyse Freuds, Verteidigung u. krit. Bemerk. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch., 1910.
27. Bloch, Zur Behandlung der sexuellen Insuffizienz. Med. Klinik, 1915, Nr. 8.
28. Bogen, Experimentelle Untersuchungen über psychische und assoziative Magensaftsekretion beim Menschen. Arch. f. d. ges. Psychol., 1907, Bd. 117.
28a. Braun, Herz und Psyche in ihren Wirkungen aufeinander. Leipzig u. Wien 1920.
29. Brodmann, Zur Methotik der hypnotischen Behandlung. Zeitschr. f. Hyp., Bd. 6, S. 1.
30. Brugsch, Diätetik innerer Erkrankungen. Springer, Berlin 1911.
31. Brunnberg, Menstruationsstörungen. H. Brieger, Berlin 1896.
32. Bunnemann, Über psychogene Fluor albus. Ther. d. Gegenw., 1921, H. 4.
32a. — Über psychogene Dermatosen. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1922, S. 115.
32b. — Neue Beiträge zur Frage der Psychogenese von Hautsymptomen. Ebenda, 1924, S. 589.
33. Buttersack, Nichtärztliche Therapie innerer Krankheiten, 2. Aufl. Berlin 1903.
34. — Der Wert der Beschäftigung in der Krankenbehandlung. Zeitschr. f. Diät u. Physik, 1903, Bd. 3, H. 8.
34a. Carus, Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele. Eugen Diederichs.
35. Cornelius, Druckpunkte. Otto Enslin, Berlin 1902.
36. — Druck- oder Schmerzpunkte als Entstehung usw. Moritz Perles, Wien 1904.
37. — Die Nervenpunktlehre. Leipzig 1909.
38. Coué, Die Selbstbemeisterung durch bewußte Autosuggestionen. Benno Schwabe & Co., Basel 1924.
39. Curschmann, Über das Wesen einiger körperlicher Störungen der Hysterie und ihre Bedeutung für die Therapie. Therapie d. Gegenw., Okt. 1906.
40. Czerny, A., Der Arzt als Erzieher des Kindes. Franz Deuticke, 1908.
41. Delius, Der Einfluß zerebraler Momente auf die Menstruation und die Behandlung von Menstruationsstörungen durch hypnotische Suggestion. Wiener klinische Rundschau, 1905, Nr. 11 u. 12.
42. — Über Enuresis und Suggestivbehandlung. Ebenda, 1906, Nr. 37.

43. Delius, Nervöse Schmerzen und ihre hypnotisch-suggestive Behandlung. Med. Klinik, 1908, Nr. 52.
43a. Deutsch, Exper. Studien zur Entstehung der Organneurose. Vhdlg. d. Kongr. f. i. Med., 1923.
44. — Experimentelle Studien zur Psychoanalyse. I. Z. f. P. A., 1923, H. 4.
45. — Psychoanalyse und Organkrankheiten. I. Z. f. P. A., 1922, H. 3.
45a. Deutsch u. Kauf, Psychophysische Kreislaufstudien. Zschr. f. d. ges. exper. M., Bd. 34, H. 1/2.
46. Dirks, Der Tic im Kindesalter. Beyer & Söhne, Langensalza 1908.
47. Dreyfus, Über nervöse Dyspepsie. G. Fischer, Jena 1908.
48. Dubois, Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung. A. Franke, Bern 1905.
49. — Rationelle Therapie. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., 1913. Lehmann, München.
50. — Vernunft und Gefühl. A. Franke, Bern 1910.
51. — Selbsterziehung. A. Franke, Bern.
52. Ebbinghaus, Abriß der Psychologie. Velt & Co., Leipzig 1910.
52a. Eichelberg, Durch Hypnose erzeugtes „hysterisches Fieber". D. Zschr. f. Nervenheilkunde, 1921, S. 352.
53. Erdmann, O. K., Die Bedeutung des Wortes. E. Avenarius, Leipzig 1910.
54. Erlenmeyer, Morphinismus und Kokainismus. Im Handb. d. Ges. Ther. G. Fischer, Jena 1909.
55. Eschle, Die krankhafte Willensschwäche. Fischers med. Buchh., Berlin 1904.
56. Ferenczi, Budapest, Weiterer Ausbau der „aktiven Technik" in der Psychoanalyse. I. Z. f. P. A., 1921.
56a. — Zur Psychoanalyse von Sexualgewohnheiten. I. Z. f. P. A., 1925, H. 4.
57. Feuchtersleben, Zur Diätetik der Seele. Reclam, Leipzig.
58. Flatau, Kursus der Psychotherapie und des Hypnotismus. Karger, Berlin 1918.
59. Foerster, Erziehung und Selbsterziehung. Schulthess & Co., Zürich.
60. Forel, Der Hypnotismus. Ferd. Enke, Stuttgart 1911.
61. Frank, Affektstörungen. Springer, Berlin 1913.
62. — Über Angstneurosen und das Stottern. Art. Institut Orell Füssli, Zürich.
63. Frankenhäuser, Physikalische Heilkunde. Leitfaden der praktischen Medizin, Dr. W. Klinkhardt, Leipzig 1911, Bd. 5.
64. Freud, Über den Traum. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1911.
65. — Zur Psychopathologie des Alltaglebens. Intern. psychoan. Verl. Leipzig, Wien, Zürich 1924.
66. — Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten. Deuticke, Leipzig u. Wien 1905.
67. — Jenseits des Lustprinzips. Intern. psychoan. Verl. Leipzig, Wien, Zürich 1921.
68. — Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. Deuticke, 1911.
69. — Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. Heller & Co., Leipzig u. Wien 1918.
70. — Über Psychoanalyse. Deuticke, Leipzig u. Wien 1910.
71. — Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie. Intern. psychoan. Verl. Leipzig, Wien u. Zürich 1924.

72. Freud, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Heller, Leipzig u. Wien 1916.
73. — Massenpsychologie und Ich-Analyse. Intern. psychoan. Verl. Leipzig, Wien u. Zürich 1923.
74. — Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Deuticke, Leipzig u. Wien 1922.
75. — Die Traumdeutung. Deuticke, Leipzig u. Wien 1909.
76. — Bemerkungen zur Theorie und Praxis der Traumdeutung. I. Z. f. P. A., 1921, H. 1.
77. Farez, De la suggestion pendant le someil naturel. Rev. de l'hyp., 1898, S. 257.
78. Friedländer, Freuds neuere Abhandlungen zur Neurosenfrage. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1907, 10.
79. Fließ, Über den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorganen. Marhold, Halle 1910.
80. Garré, C., Das Lehren und Lernen in der Chirurgie. Deutsche med. Wochenschr., 1920, Nr. 18.
81. — Lehrbuch der Chirurgie.
81a. Glaser, Die inneren Organe unter dem Einfluß des willkürlichen und unwillkürlichen Nervensystems. Dtsch. med. W., 1925, Nr. 11 u. 12.
81b. Gaupp, Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münch. med. Wochenschr., 1906, Nr. 32.
82. Gilles de la Tourette, Der Hypnotismus und die verwandten Zustände vom Standpunkt der gerichtlichen Medizin. Hamburg 1899.
83. Goldstein, Die Behandlung, Fürsorge und Begutachtung der Hirnverletzten. Vogel, Leipzig 1919.
84. Gött, Psychotherapie in der Kinderheilkunde. Münch. med. Wochenschr., 1914, Nr. 25.
85. Groddeck, Psychische Bedingtheit und psychisch-analytische Behandlung organischer Leiden. Hirzel, Leipzig 1917.
86. — Das Buch vom Es. Intern. psychoan. Verl., 1923.
87. Grohmann, Technisches und Psychologisches in der Beschäftigung der Nervenkrankheiten. Stuttgart 1899.
88. — Entwurf zu einer genossenschaftlichen Musteranstalt für Unterbringung und Beschäftigung von Nervenkranken. Stuttgart 1899.
89. Grossmann, Die Erfolge der Suggestionstherapie bei organischen Lähmungen. Zeitschr. f. Hyp., 3, S. 54.
90. Gutzmann, Über die Kompensation der Sinne. Wiener med. Presse, 1903, Nr. 64ff.
91. — Über die Behandlung der Aphasie. Berliner klin. Wochenschr., 1901, Nr. 28.
92. Hack Tuke, Geist und Körper. Übersetzt v. H. Kornfeld, Jena.
93. Hansen, Die Organdetermination in den psychogenen Neurosen. Verh. d. Kongr. f. i. Med., April 1924.
94. Hattingberg, Wie wirkt Psychotherapie? Münch. med. Wochenschr., 1920.
94a. — Übertragung und Objektwahl. I. Z. f. P. A., 1921, H. 4.
94b. — Zur Analyse der analytischen Situation. Ebenda, 1924, S. 34.
95. Hecker, E., Über die verschiedenen Methoden der psychischen Behandlung. Zeitschr. f. prakt. Ärzte, 1896, Nr. 18.

96. Hecker, E., Über larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., Dezember 1893.
97. — Die Behandlung der Hysterie. Therap. Monatshefte, 1894, H. 4 u. 5.
98. Heilbronn, Über Gewöhnung. Bergmann, Wiesbaden 1912.
99. Heller, Pädagogische Therapie. Springer, Berlin 1914.
100. — u. Schulz, Über einen Fall hypnotisch erzeugter Blasenbildung. Münch. med. Wochenschr., 1909, Nr. 49, S. 2612.
101. Hellpach, Die geopsychischen Erscheinungen. Engelmann, Leipzig 1911.
102. Heyer, G. R., Magensekretion und Psyche. Verh. d. 31. Kongr. f. i. Med., 1921.
103. — Was muß der Arzt von Psychopathologie und Psychotherapie wissen? Therap. d. Gegenw., 1923, H. 3.
104. — Die Magensekretion beim Menschen unter besonderer Berücksichtigung der psychischen Analyse. Arch. f. Verdauungskrankh., Bd. 29, H. 1 u. 2.
105. — Psychische Faktoren bei organischen Krankheiten. Münch. med. Wochenschr., 1922, Nr. 34.
106. — Psychische Einflüsse auf die Motilität von Magen und Darm. Zugleich ein Beitrag zur Gastroptosenfrage. Klin. Wochenschr., 2. Jahrg., Nr. 50.
106a. — Das körperlich-seelische Zusammenwirken in den Lebensvorgängen. Bergmann, 1925.
107. Hilger, Die Hypnose bei der Behandlung der Alkoholkranken. Med. Klin., 1907, Nr. 25.
108. — Die Hypnose und die Suggestion. Fischer, Jena 1909.
109. — Über Suggestion. Zeitschr. f. Psychother. u. med. Psych., 1914, Bd. 6, H. 2.
110. Hirschlaff, Hypnotismus und Suggestionstherapie. Leipzig 1905.
111. Hitschmann, Freuds Neurosenlehre. Deuticke, Leipzig u. Wien 1911.
112. Hoche, Moderne Analyse, psychische Erscheinungen. Fischer, Jena 1907.
113. Hummelsheim, Zur Diagnose und Therapie psychogener Augenstörungen. Arch. f. Augenheilk., 1923, Bd. 99, H. 1/2.
114. Isserlin, Die psychoanalytische Methode Freuds. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1910, Bd. 1, H. 1.
115. — Handbuch der Psychiatrie. Psychologische Anleitung. Deuticke, 1913.
116. — Über Psychotherapie und psychotherapeutische Methoden. Jahreskurse f. ärztl. Fortb. München 1913.
117. — Bewegungen und Fortschritte in der Psychotherapie. Erg. d. Neurol. u. Psych. Fischer, Jena 1921.
118. James, Psychologie. Übers. v. Dürr. Quelle & Meyer, 1909.
119. Janet, Les Névroses. Flammarion, Paris 1909.
120. — Les médications psychologiques. F. Alcan, Paris.
121. Jaspers, Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin 1903.
122. Juliusburger, Zur Psychologie des Alkoholismus. Zentralbl. f. Psychoan., 3. Jahrg., 1912, H. 1.
123. Jung, C. G., Über die Psychologie der Dementia praecox. Marhold, Halle 1907.
124. — Diagnostische Assoziationsstudien. Beiträge zur exper. Psychopathologie, 1906.
125. — Der Inhalt der Psychose. Leipzig u. Wien 1906.
126. — Psychologische Typen. Rascher & Co., Zürich 1921.

127. Jung, C. G., Die Bedeutung des Vaters für das Schicksal des einzelnen. Jahrb. d. psychoan. Forsch., 1913, Bd. 1.
128. — Wandlungen und Symbole der Libido. Ebenda, Bd. 3 u. 4.
129. — Über Konflikte der kindlichen Seele. Ebenda, Bd. 2.
129a. Jungmann u. Meyer, Erich, Über experimentelle Beeinflussung der Nierentätigkeit vom Nervensystem aus. Verh. d. d. Kongr. f. i. Med., 1913.
129b. Kehrer, Spezielle Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie. Handbuch d. Neurol., Ergänzungsbd., 1924.
130. Kern, Die psychische Krankenbehandlung in ihren wissenschaftlichen Grundlagen. Hirschwald, Berlin 1910.
131. Kauffmann, Suggestion und Hypnose. Springer, Berlin 1920.
132. — Heilerfolge mit Suggestion und Hypnose. Krumm-Heller, Halle 1921.
133. Klages, Handschrift und Charakter. Barth, Leipzig 1923.
134. — Ausdrucksbewegung und Gestaltungskraft. Barth, Leipzig 1923.
135. — Einführung in die Psychologie der Handschrift. Seifert, Stuttgart, Heilbronn 1924.
136. Klemperer, Suggestion und Autosuggestion. Therap. d. Gegenw., 1924, H. 1 u. 2.
137. Keyserling, Der Weg zur Vollendung. Reichl, Darmstadt 1925.
138. Kobert, Pharmakotherapie. Enke, Stuttgart 1908.
139. Kohnstamm, Inwiefern gibt es einen freien Willen für die ärztliche und erziehliche Willensbeeinflussung? Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1918, Bd. 21.
140. — Die biologische Sonderstellung der Ausdrucksbewegung. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1906, Bd. 7.
141. — Das Unterbewußtsein. Die Methode der hypnotischen Selbstbesinnung. Journ. f. Psychol. u. Neurol., Bd. 23, Erg.-H. 1.
142. — Medizinische und psychische Ergebnisse der Methode der Selbstbesinnung. Reinhardt, München 1918.
143. — Hypnotische Stigmatisierung und biologisches Gestaltungssystem. Zeitschr. f. den Ausbau der Entw.-Lehre, 1908, H. 10.
144. — u. Friedmann, Zur Pathogenese und Psychotherapie der Basedowschen Krankheit, zugleich ein Beitrag zur Kritik der psychoanalytischen Forschungsrichtung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 23, H. 4 u. 5.
145. Kraepelin, Über Sprachstörungen im Traume. Engelmann, Leipzig 1906.
146. — Psychiatrie. Barth, Leipzig 1899.
147. Krehl, Pathologische Physiologie. Vogel, Leipzig 1914.
148. — Betrachtungen über die Einwirkung des Krieges auf unseren Organismus und seine Erkrankungen. Hirschwald, Berlin 1915.
148a. — Über funktionelle Erkrankungen. Ther. d. Gegenw., 1902.
148b. — Über nervöse Herzerkrankungen und den Begriff der Herzschwäche. Münch. med. Wochenschr., 1906, Nr. 48.
148c. — Über die Entstehung hysterischer Erscheinungen. Volkmanns Vortr., 1902, Nr. 330.
148d. — Die Bedeutung der mediz. Kliniken für Forschung und Unterricht. Heidelberg 1922.
148e. Kreibich, Zur Frage der posthypnotischen Hautphänomene. Monatsschr. f. prakt. Dermat., 1906, S. 634.
149. Kretschmer, Körperbau und Charakter. Springer, Berlin 1925.

150. Kretschmer, Medizinische Psychologie. Thieme, Leipzig 1922.
151. Kronfeld, A., Über die psychologischen Theorien Freuds. Engelmann, Leipzig 1912.
152. — Psychotherapie. Springer, Berlin 1924.
153. Kuntze, Die Technik der geistigen Arbeit. Winter, Heidelberg 1921.
154. Laehr, Beschäftigungstherapie für Nervenkranke. Wiener klin. Wochenschrift, 1906, Nr. 52.
155. Lautenheimer, Nervenärztliche Erfahrung mit innersekretorischer Therapie. Ther. d. Gegenw., 1922, H. 6.
156. Laquer, Aphroismen über psychische Diät. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., **23**, S. 336.
157. Laqueur, Die Praxis der Hydrotherapie und verwandter Heilmethoden. Springer, Berlin 1910.
158. Leschke, Die körperlichen Begleiterscheinungen seelischer Vorgänge. Arch. f. d. ges. Psychol., Bd. 21, S. 435.
159. — Die Ergebnisse und Fehlerquellen der bisherigen Untersuchungen über die Begleiterscheinungen täglicher Vorgänge. Ebenda, 1914, Bd. 31, S. 27.
160. Levy, Die natürliche Willensbildung. 2. Aufl. Voigtländer, Leipzig 1909.
161. Lewandowsky, Handbuch der Neurologie. Springer, Berlin 1912.
162. Liébault, Das Wachen, ein aktiver Seelenzustand. Der Schlaf, ein passiver Seelenzustand. Zeitschr. f. Hyp., **3**, S. 22 u. 33.
163. — Kriminelle hypnotische Suggestionen. Zeitschr. f. Hyp., **3**, S. 193 u. 225.
164. Liégeois, Kriminelle Suggestionen. Vortrag, ref. i. Zeitschr. f. Hyp., **7**, S. 164.
165. Liepmann, Psychotherapie und Gynäkologie. Zeitschr. f. ärztl. Fortb., 1923, Nr. 17.
166. — Gynäkologische Psychotherapie. Urban & Schwarzenberg, 1924.
167. Lipmann, O., Die Spuren interessebetonter Erlebnisse und ihre Symptome. Barth, Leipzig 1911.
168. — Die Wirkung der Suggestivfragen. Leipzig 1908.
169. Lipps, Suggestion und Hypnose. Sitzungsber. d. bayr. Akad. d. Wissenschaften, 1897, **2**, H. 3.
170. — Leitfaden der Psychologie. Engelmann, Leipzig 1903.
171. Lloyd Tukey, The value of hypnotism in chronic alcoholism. Bericht d. III. intern. Kongr. f. Psychol. München 1897.
172. Loos, Der Hypnotismus und die Suggestion in gerichtlich-medizinischer Bedeutung. 1894.
173. Löwenfeld, Der Hypnotismus. Bergmann, Wiesbaden 1901.
174. — Lehrbuch der gesamten Psychotherapie. Bergmann, Wiesbaden 1897.
175. — Zum gegenwärtigen Stande der Psychotherapie. Münch. med. Wochenschrift, 1910, Nr. 4, S. 193.
176. — Die psychischen Zwangserscheinungen.
177. v. Loyola, I., Die geistlichen Exerzitien des. Dargestellt v. Jakob Brucker. Herdersche Verlagsbuchhdlg., Freiburg i. B.
177a. — Das Originalwerk von I. v. Loyola selbst. Herausgeg. von Alfred Feder. Regensburg 1922.
178. Maag, Geschlechtsleben und seelische Störungen. Pforzheim 1924.
179. Marbe, Grundzüge der Ferenczischen Psychologie. München 1913.
180. Marcinowski, Die Bedeutung der Weltanschauungsprobleme in der Heilkunst. Zeitschr. f. Psychother., 1909, Bd. 1, H. 3.

181. Marcinowski, Die Heilung eines schweren Falles von Asthma durch Psychoanalyse. Jahrb. f. Psychoanal. u. psychopath. Forsch., Bd. 5.
182. — Ärztliche Erziehungskunst und Charakterbildung. Reinhardt, München 1916.
183. — Nervosität und Weltanschauung. Otto Salle, Berlin.
184. — Neue Bahnen zur Heilung nervöser Zustände. Otto Salle, Berlin 1916.
185. — Gefühlszerrissenheit, Minderwertigkeitsgefühle, Schuldgefühle. Anthroposverlag, Prien.
186. Marcuse, Luft- und Sonnenbäder. Stuttgart 1907.
187. Marden, Die Macht des Gedankens. Engelhorn, Stuttgart 1915.
188. — Selbstsucht und Selbstzucht. Ebenda, 1914.
189. Martius, Konstitution und Vererbung. Berlin 1914.
190. Matthes, Klinische Hydrotherapie. Fischer, Jena 1903.
191. Meige u. Feindel, Der Tic. Deuticke, Wien 1903.
192. Messer, Psychologie. Deutsche Verl.-Anst. Stuttgart, Berlin 1914.
193. Meumann, Vorlesungen zur Einführung in die experimentelle Pädagogik, 3 Bde. Engelmann, Leipzig u. Berlin 1914.
194. Möbius, Über die Behandlung von Nervenkrankheiten und die Errichtung von Nervenheilstätten. Berlin 1896.
195. Mohr, Die Bedeutung des Psychischen in der inneren Medizin. Med. Klin., 1909.
196. — Die Beziehungen zwischen Überredung und Suggestion. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1909, Bd. 14.
197. — Die psychophysische Betrachtungsweise in der Augenheilkunde. Arch. f. Augenheilk., 1923, Bd. 93, H. 1 u. 2.
198. — Über die Behandlung der militärisch eingezogenen Blasenkranken. Med. Klin., 1918, Nr. 34.
199. — Die Beeinflussung der endokrinen Drüsen vom Gehirn aus. Ebenda, 1923, Nr. 40.
200. — Über die Bedeutung der psychophysischen Wechselwirkungen in der inneren Medizin. Ebenda, 1922, Nr. 52.
201. — Aus der Praxis der Psychotherapie. Ebenda, 1911.
202. — Die Beziehungen der Psychotherapie zur Gesamtmedizin. Zeitschr. f. ärztl. Fortb., 1918, Nr. 19 u. 20.
203. — Das Wesen und die therapeutische Bedeutung der Psychoanalyse. Ebenda, 1920, Nr. 4.
204. — Zur Behandlung der Aphasie. Arch. f. Psychiat., Bd. 39, H. 3.
205. — Über die Behandlung der Organneurosen. Therap. d. Gegenw., 1922, H. 11.
206. — Über die Beeinflussung des Blutgefäßapparates durch Diathermie. Verh. d. dtsch. Kongr. f. i. Med., 1913.
207. — Sammelbericht über die psychotherapeutische Literatur im Jahre 1909. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1911, Bd. 17.
208. — Psychotherapie. Im Handbuch der Neurologie von Lewandowsky.
209. — Beschäftigungsneurosen, Hydrotherapie, Klimato- und Balneotherapie. Ebenda.
210. — Die Behandlung der Kriegsneurosen. Therap. Monatshefte, 1916.
211. — Zur Entstehung, Vorhersage und Behandlung nervöser und depressiver Zustandsbilder bei Kriegsteilnehmern. Med. Klin., 1921.
212. — Grundsätzliches zur Kriegsneurosenfrage. Ebenda, 1916, Nr. 4.

213. Mohr, Die systematische psychophysische Behandlung der Schlaflosigkeit. Verh. d. Kongr. f. i. Med., Wiesbaden 1914.
214. — Die Entwicklung der Psychotherapie in den letzten Jahren. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1908, Bd. 13.
215. — Nervosität und organische Leiden. Anthroposverlag, Prien 1924.
216. — Entwicklung und Ergebnisse der Psychotherapie in neuerer Zeit. Erg. d. i. Med. u. Kinderheilk., 1912, Bd. 9.
217. — Die Infektionskrankheiten in Anstalten für Geisteskranke. Deutsche Vierteljahresschrift f. öffentl. Gesundheitspflege, 1907.
218. — Über die Benutzung adäquater und inadäquater physikalischer und chemischer Reize in der Psychotherapie. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1910.
219. — Entstehung und Wert von Zeugenaussagen. Deutsche Rundschau, 1904.
219a. — Willensfreiheit und Psychopathologie und Religion und Determinismus. Beide in Monatsschr. für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1904 und 1906.
219b. — Über Zeichnungen von Geisteskranken. Journ. f. Psych. u. Neurol., 1906, Bd. 8.
220. Moll, Die Behandlung sexueller Perversionen mit besonderer Berücksichtigung der Assoziationstherapie.
221. — Handbuch der Sexualwissenschaften. Vogel, Leipzig 1921.
222. — Der Hypnotismus, 4. Aufl. Berlin 1907.
222a. Müller, O., Die Kapillaren der menschl. Körperoberfläche. Stuttgart 1922.
223. Müller, Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum. Psych.-neurol. Wochenschr., 10. Jahrg.
224. Muthmann, Zur Psychologie und Therapie neurotischer Symptome. Marhold, Halle 1907.
225. Naegeli, Nervenleiden und Nervenschmerzen. Fischer, Jena 1906.
226. Neutra, Seelenmechanik und Hysterie. Vogel, Leipzig 1920.
227. Nonne, Über erfolgreiche Suggestivbehandlung der hysteriformen Störungen bei Kriegsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol., 1917.
228. Oppenheim, Psychotherapeutische Briefe. Karger, Berlin 1906.
229. — Nervenkrankheit und Lektüre, Nervenleiden und Erziehung. Ebenda, 1907.
230. Pauli, Die psychische Wirkung des Tees. In der Arbeit: Lebensmittelchemisches und Technologisches vom Tee, Zeitschr. f. angewandte Chemie, 37. Jahrg., Nr. 24.
231. — Der Umfang und die Enge des Bewußtseins. Zeitschr. f. Biologie, Bd. 81.
232. — Über psychische Gesetzmäßigkeit insbesondere über das Webersche Gesetz. Fischer, Jena 1920.
233. Penzoldt, Klinische Arzneibehandlung. Fischer, Jena 1906.
234. Pfister, Was bietet die Psychoanalyse dem Erzieher? Klinkhardt, Leipzig.
235. — Der psychologische und biologische Untergrund des Expressionismus. Bircher, Bern u. Leipzig 1920.
236. — Die psychoanalytische Methode. Klinkhardt, Leipzig u. Berlin 1913.
237. Prince, Wirkungsweise und Wirkungsgebiet der Psychotherapie. The journal of abnormal psychology, 1909.

238. Prinzhorn, Der Psychiater und die Psychoanalyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychol., Bd. 53, H. 1/2.
238a. — Die Bildnerei der Geisteskranken. Springer, 1922.
238b. Reik, Geständniszwang und Strafbedürfnis. Int. psychoanalyt. Verlag 1925.
239. van Renterghem, La Psychothérapie dans ses differents modes. Amsterdam.
240. Ribot, Les maladie de la mémoire. Paris 1902.
241. Riklin, Diagnostische Assoziationsstudien. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1906, Bd. 7.
241a. Rohde, Neurologische Betrachtungen eines Truppenarztes im Felde. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1915, H. 5.
242. Rosenbach, Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung. Fischers med. Buchhdlg., Berlin 1903.
243. Rousselle, Mysterium der Wandlung. O. Reichl, Darmstadt 1923.
244. Redlich, Epilepsie im Handbuch der Neurologie. Erg.-Bd., 1924.
245. Swoboda, Studien zur Grundlegung der Psychologie. Deuticke, 1905.
246. Simmel, Kriegsneurosen und „psychisches Trauma". O. Nemnich, Leipzig u. München 1918.
247. Schilder, Medizinische Psychologie. Springer, Berlin 1924.
247a. Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Leipzig, Wien 1925.
248. Schmitz, Oskar A. H., Psychoanalyse und Yoga. O. Reichl, Darmstadt 1923.
248a. Schneider, Über Entstehung und Behandlung des Asthma bronchiale. Ztrbl. f. i. M., 1925.
249. Schultz, I. H., Seelische Krankenbehandlung. Fischer, Jena 1919.
250. — Vorträge über Psychologie. 1921.
251. — Psychotherapie. Zeitschr. f. angewandte Psychologie, 1909, Bd. 2.
252. — Zur Technik der Suggestivbehandlung besonders bei gebildeten Patienten. Klin. Wochenschr., 2. Jahrg., Nr. 9.
253. — Psychotherapie aus Irrtümer der allgemeinen Diagnostik und Therapie, H. 3.
254. — Psychoanalyse und ihre Kritik aus: Vorträge über Psychologie.
255. — Über Schichtenbildung im hypnotischen Selbstbeobachten. Monatsschr. f. Psychol. u. Neurol., Bd. 49, H. 3.
256. Die Indikationsstellung in der modernen Psychotherapie aus: Vorträge über Psychologie. Fischer, Jena.
257. — u. Reichmann, Zur Psychopathologie des Asthma bronchiale. Deutsche med. Wochenschr., 1923, Nr. 33.
258. Schulz, B., Psychologische Wanderungen auf Seitenwegen. Fischer, Jena 1913.
259. Schwarz, Das einzige Heilmittel bei Nervenleiden. Strübigs Verlag, Leipzig 1913.
260. Spiess, Die Bedeutung der Anästhesie in der Entzündungstherapie. Beiheft z. dtsch. med. Wochenschr., 1912, Nr. 21.
261. v. Stauffenberg, Der heutige Stand der Psychotherapie. Münch. med. Wochenschr., 1924.
262. — Die Psychotherapie in der inneren Klinik. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 2. Erg.-Heft, Bd. 20.
263. Stekel, Die psychische Behandlung des Tic. Ther. d. Gegenw., 1922, H. 8.

264. Stekel, Onanie und Homosexualität. Urban & Schwarzenberg, Berlin u. Wien.
265. — Die Geschlechtskälte der Frau. Ebenda.
266. — Die Impotenz des Mannes. Ebenda.
267. — Sadismus und Machochismus. Ebenda.
268. — Die Sprache des Traumes. Bergmann, Wiesbaden 1911.
269. — Der epileptische Symptomenkomplex und seine Behandlung. Fortschr. d. Sexualwiss. u. Psychoan., 1924, Bd. 1. (Dort auch eine Reihe von anderen Arbeiten über die analytische Behandlung der Epilepsie.)
270. Stegmann, Zur Ätiologie des Asthmas bei Kindern. Med. Klin., 1908, Nr. 29.
271. — Erfahrungen bei der Suggestivbehandlung von Alkoholkranken. Die Alkoholfrage, 1905.
272. — Die Grenzen der Verwendbarkeit des hypnotischen Schlafes in der Psychotherapie. Münch. med. Wochenschr., 1903.
273. — Arbeit als Kurmittel in der Psychotherapie. Fortschr. i. d. Med., 1903, Nr. 11/12.
273a. Stern, Zur Frage der psychogenen Dermatosen. Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1922, S. 218.
274. Sternberg, Der Appetit in der experimentellen Physiologie und in der klinischen Pathologie. Zentralbl. f. Physiol., Bd. 23, Nr. 10.
275. Stertz, Psychische und nervöse Erkrankungen nach allgemeinen Leiden, Infektion und Intoxikation. Handb. d. Neurol., 1924, Erg.-Bd.
276. Trömner, Indikation der Hypnotherapie. Med. Klin., 1908, Nr. 4 u. 5.
277. Trine, R. W., Was alle Welt sucht. Engelhorn, Stuttgart 1917.
278. Varendonck, Über das vorbewußte phantasierende Denken. Intern. psychoan. Verl., Wien 1922.
279. Veraguth, Psychotherapie aus: Lehrbuch d. Ther. i. Krankheiten. Fischer, Jena 1911.
280. — Neurasthenie. Springer, Berlin 1910.
281. — Über Arbeitstherapie. Ther. d. Gegenw., Mai 1905.
282. Vogt, H., Kritik der psychotherapeutischen Methoden. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. 44.
283. — Kann die Psychotherapie auf die somatische und allgemein medizinische Behandlung verzichten? Ärztl. Festschr., Wiesbaden 1913.
284. — Die Bedeutung der Funktion für die Entstehung von Nervenkrankheiten. Erg. d. wissensch. Med., 1. Jahrg., H. 1.
285. — Die psychologischen Grundlagen der Nervosität. Jahreskurse d. ärztl. Fortb., Mai 1921.
286. Vogt, O., Die direkte psychologische Experimentalmethode in hypnotischen Bewußtseinszuständen. Barth, Leipzig 1897.
287. — Die möglichen Formen seelischer Einwirkung in ihrer ärztlichen Bedeutung. Journ. f. Psychol. u. Neurol., 1902, Bd. 1; Bd. 9, H. 6; Bd. 10, H. 1.
288. — Zur Methodik der ätiologischen Erforschung der Hysterie. Zeitschr. f. Hypn., Bd. 8, H. 2.
289. — Spontane Somnambulie in der Hypnose. Ebenda, Bd. 6, H. 2/5.
290. — Über die Natur der suggerierten Anästhesie. Ebenda, Bd. 7, H. 6.
291. — Die normale psychologische Einleitung in die Psychopathologie der Hysterie. Ebenda, Bd. 8, H. 4.
292. — Zur Kritik der psychogenetischen Erforschung der Hysterie. Ebenda, Bd. 8, H. 6.
293. Voss, Der Hypnotismus. Marhold, Halle 1907.

294. Weber, Der Einfluß psychischer Vorgänge auf den Körper. Springer, Berlin 1910.
295. — Zur fortlaufenden Registrierung der Schwankungen des menschlichen Blutdrucks. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1913.
296. — Ein automatischer Regulationsmechanismus der Empfindungsstärke. Ebenda, 1910.
297. — Über aktive Änderungen der arteriellen Blutfülle der Lungen. Ebenda, 1911.
298. — Die Beeinflussung der Blutverschiebungen bei psychischen Vorgängen durch Ermüdung. Ebenda, 1909.
299. — Über willkürlich verschiedene Gefäßinnervation beider Körperseiten. Ebenda, 1909.
300. Widmer, Die „Außerbett"-Behandlung der Pneumonien. Münch. med. Wochenschr., 1914, Nr. 21, S. 1161—1164.
301. — Die Rolle der Psyche bei der Bergkrankheit und der psychische Faktor bei Steigermüdungen. Ebenda, 1912, Nr. 17.
302. Wiest, Anna, Beschäftigungsbuch für Kranke und Rekonvaleszenten, Schonungsbedürftige jeder Art. Enke, Stuttgart.
303. Witasek, Grundlinien der Psychologie. Dürrsche Buchhdlg., Leipzig 1908.
304. Zbinden, Die psychologische Auffassung der Nervosität. Niemeyer, Halle 1908.
305. Zieger, Das Gefühl. Göschensche Verlagsbuchhdlg., 1908.
306. Ziehen, Leitfaden der physiologischen Psychologie. Fischer, Jena 1906.

Namenregister.

Ach, N. 19, 208.
Adler 12, 71, 157, 285, 308—312, 313.
Alexander 379.
Alkan 70.
Alrutz, S. 218.
Aristoteles 348.
Aschaffenburg 76.

Bacmeister 79.
Baudouin 251, 368—371.
Bäumler 65.
Becher 44, 45.
Beckmann 456.
Berger 56.
v. Bergmann 69, 163.
v. Bergmann-Katsch 63.
Bérillon 234, 386.
Bernard, Cl. 81.
Bernheim 214, 226.
Bezzola-Rohr 193, 314.
Bickel 59.
Biedermann 178.
Biedl 83.
Bier 80, 459.
Bircher-Benner 177.
Biswanger 1, 441.
Bjerre, P. 225, 226, 453.
Bleuler 17, 40, 41, 74 bis 77, 92, 135, 140, 152, 153, 161, 169, 291, 302, 446.
Bloch, J. 174.
Blondel 87.
Bogen 59, 60, 208, 348.
Bonjour 135.
Bousset 1.
Braid 230.
Breuer 34, 255, 268.
Brian, M. de 372.
Brissaud 355.
Brodmann 163, 226, 238 bis 241, 255.
Brunnemann 132.
Büttner 49.

Cayal, R. y 217.
Charcot 150, 232.
Clark, P. 442.
Cloetta 77.
Coué 368, 369.
Curschmann 63.

Delius 79, 132, 207.
Deutsch, F. 73.
Driesch 161.
Dubois 10, 163, 204, 252, 345, 350, 351.

Ebbinghaus 1, 29, 30, 295.
Engelmann 136.
Erdmann, K. O. 243.
Eschle 345.
Eulenburg 237.

Farez 234.
Feer 92.
Feindel 355, 381.
Ferenczi 219, 221, 222, 303, 316, 337.
Fleiner 63.
Forel 132, 163, 204, 207, 214, 226, 232, 345, 351, 368.
Förster 354, 355, 359, 360, 367.
Frank 97, 255, 257, 260, 385.
Frankenhäuser 185.
Freud 2, 11, 17, 34, 41, 131, 219—221, 255, 268, 270, 271, 276 bis 279, 285, 291, 296, 297, 299, 301—303, 311, 313—316, 321, 323, 327, 337, 340, 344, 408, 417, 418, 425, 438, 454.
Füth 132.

Gaisboeck, F. 99.
Garré 151.
Gent 56.
Glaser 457, 458.
Goldscheider 76, 82, 183.
Goldstein, 75.
Gradnauer 61.
Grashey 75.
Graven 442.
Groddeck 161.
Grohmann 361.
Großmann 231.
Grote 457.
Gumpertz 212.
Gutzmann 346, 354, 384.

Haberlandt 134.
Hallauer 235.
Hamburger 78.
Hansen 70, 71.
Hartenberg 237.
v. Hattingberg 322, 337, 351.
Heberer 442.

Hecker 207, 230, 253, 408.
Heidenhain 217.
Heller, F. 207.
Hellpach 199.
Hesse 307.
Heyer, G. R. 59, 60—64, 77, 132, 206, 348, 454—457.
Hilger 214.
Hiller 193.
Hilthy 360, 365.
Hirschlaff 207, 212, 217, 231, 240, 245, 250, 355.
Hirt 237.
Hobbes 12.
Hoche 307.
Hoffbauer 457.
Höffding 1, 2, 5, 10, 11, 13, 16, 17.
Hoffmann 456.
Holler 70.
Hufeland 91.
Hummelsheim 146.
Husserl 31.

Isserlin 315, 374.

James 65.
Janet 163.
Jaspers 3, 38.
Juliusburger 439.
Jung 17, 291, 296, 302, 312—314, 376.
Jungmann 82.

Kantorowicz 137.
Kaufmann 234, 239.
Kehrer 136.
Kern 1, 50, 163.
Keyserling 307, 374.
Kierkegaard, S. 16.
Klages 40.
Klee 63.
Knuds-Faber 70.
Kohnstamm 68, 90, 132, 207, 238.
Kottmann 87.
Kraepelin 75, 77, 154, 163, 410.
Krehl 69, 73, 76, 456.
Kreibich 132, 207.
Kretschmer 1, 23, 24, 34—37, 155, 294.
Kronfeld 157, 222, 315, 424.
Kuttner 70.

Lange 65.
Langheinrich 59, 77.
Lehmann 54, 56, 354.
Leschke, E. 56—58.
Leube 69.
Levy 356, 368, 369.
Levy-Suhl 230.
Lewandowsky 226.
Liébault 210, 214, 228.
Liégeois 210.
Liepmann, W. 132, 133, 135—137.
Lipmann 252.
Lipps 1, 250.
Loeb, J. 54.
Lommel 63.
Löwenfeld 226, 240.
Loyola, Ignatius von 340, 372, 375, 376, 378.
Luys 230.

Maggiora 182.
Mann, Th. 307.
Marbe 42, 43.
Marchand 132.
Marcinowski 352.
Marden 360.
Markuse 189.
Martius, G. 58.
Matthes 63, 163, 178, 183.
Meige 355, 381.
Messer 1, 31.
Meßmer 232.
Meumann E. 19, 32, 54.
Meyer, Erich 82.
Miles 360.
Mißriegler 442.
Mohr 46, 68, 71, 82.
Moll 168, 207, 213, 217, 234, 245, 250.
Moos 79, 90, 229.
Morawitz 87.
Morgan 322.
Mosso 54, 198.
Müller, H. 134.
Müller, O. 69, 179.

Neutra, 314.
Nietzsche 16, 358, 365, 367.
Nonne 226.
Nußbaum 85.

Oechsler 66.
Oppenheim 253, 254, 345, 351, 355, 365.

Pascal 372.
Pauli 4, 171.
Pawlow 53, 58—62, 66, 132, 203, 348.
Payot 356.
Pellacani 54.
Peters 29.
Pick 75, 354.
Plesch 456, 458, 460.
Pöhlmann 365.
Pollack 70.
Prince, M. 203.
Prinzhorn 338.

Redlich 441, 443.
Reichmann, Fr. 80.
Reinhold 237.
van Renterghem 214.
Ricklin 293.
Rohde 457.
Rosenbach 345, 346.
Rousselle, E. 375—377, 379.
Rubner 192.

Scheler, M. 19, 31.
Schilder 1, 38, 222, 446.
Schmitz, O. A. H. 311, 374.
Schopenhauer 341, 343.
Schrenk-Notzing 214, 234.
Schultz, J. A. 80, 170, 207, 315, 317, 411.
Seitz 132.
Sellheim 88, 135.

Semon 47.
Shepard 58.
Sommer 75.
Sonnenschein 442.
Spieß 78, 179.
v. Stauffenberg 82, 163.
Stekel 136, 314, 337, 408, 442—445.
Stemmer 136, 138.
Stern 132.
Strasburger 179.
v. Strümpell 69, 79, 168.

Tarchanoff 53, 64.
Tremmel 339.
Trine 360.
Trömmer 249.

Veraguth 58, 65.
Verworn 47.
Vinay 182.
Vogt, O. 163, 207, 213, 214, 218, 226, 238, 240, 255.
Volland 80.

Walthard 132.
Weber, E. 55—58, 66, 179.
Wernicke 58.
Wetterstrand 214, 234, 239, 240.
Weygandt 75.
Widmer, Ch. 93, 95, 96, 194, 198.
Winternitz 178, 179.
Witasek 31.
Wittels 442.
Wolf 75.
Wundt 1, 7, 18, 20, 22, 25, 31, 38, 218, 372.

Ziehen 345.
Zoneff 54.
Zweig 69.

Sachregister.

Abführmittel, psychische Wirkung 173.
Abhärtung durch Luft- und Sonnenbäder 189.
Ablenkungstherapie, 317.
Abort, psychische Beeinflussung 88.
Abreagieren 16, 268.
— aktive Förderung 337.
— Verhalten des Arztes 337.
Achylia gastrica 69.
Adrenalin, psychische Wirkung 172.
Afenil, psychische Wirkung 170.
Affekte 7.
— in der Hypnose 209.
— Affektausdruck 221.
— und körperliche Arbeit 54.
— — Atmung 54.
— Einfluß auf das Gefäßsystem 55f.
— — — die Herzaktion 76.
— — — — Magentätigkeit 60.
— Einteilung 9.
— Affektentladung s. Abreagieren.
— und Erkenntnis 17.
— — Gefühl 10.
— kindliche, reproduktive Nachwirkung 336.
— und Lebensgefühle 10.
— Affektlösung 19.
— Affektschlaffheit 33.
— Affekttheorie (James und Lange) 65.
— Verstärkung durch seine Ausdrucksbewegungen 9, 18, 72, 76, 372.
— und Willensvorgänge 18f.
Ähnlichkeitsassoziation 13.
Akkomodationslähmung durch Skopolamin 173.
Akkomodationsstörungen, psychophysische Wechselwirkungen 150.
Aktivierung von Relikten früherer Vorgänge 138.
Aktivität des Seelischen 4f., 31.
Albuminurie durch psychischen Einfluß 81.
Alkohol, psychische Wirkung 169.
— und Homosexualität 439.
Alkoholismus 438f.
Allgemeinbefinden, Einfluß von Luft- und Sonnenbädern 189.
Allgemeingefühle bei Kokain 168.
— unter Wirkung von Reiz- und Genußmitteln 176.
Allgemeinstörungen, nervöse, psychophysische Behandlung 420.
Ambivalenz der Triebe 33, 302.
Amenorrhöe, psychogene 133.
Amnesie, posthypnotische 207.
Amylnitrit, psychische Wirkung 170.
Analytisch-synthetische Übungsbehandlung = aktive Psychoanalyse 341.
Anästhesin, psychische Wirkung 172.
Anginen psychophysischen Ursprungs 146.
Angstgefühle, Herabsetzung durch Opium 168.
Angst als Mittel zur Einleitung der Hypnose 220.
— neurotische 279.
— Angstträume 279.
— Angstzustände, Psychotherapie 407.
Anregung durch Koffein 170.
Antipathie 219.
— gegen den Arzt 221.
Aphasie, psychophysische 75.
— Fall Voit 75.
Apomorphin, psychische Wirkungen 169.
Apperzeption 31f.

Arbeit, körperliche, und Affekte 54.
— Arbeitsleistung, Registrierung 53.
— psychische; Einfluß auf das Gefäßsystem 55.
— Arbeitstherapie bei Epilepsie 445.
— — Zweckarbeit 361f.
— Arbeitsunfähigkeit, Psychotherapie 420.
Arsen, psychische Wirkung 170, 177.
Askese 365ff.
Aspermatismus 389.
Assimilation 26.
Assoziationen 9, 25.
— Ähnlichkeits- 13.
— Berührungs- 25.
— Erinnerungs- 28.
— innere 25.
— bezüglich Landschaft und unbewußten seelischen Vorgängen 201.
— und Reproduktion 30.
— simultane 27.
— Störung bei Schizophrenie 76.
— sukzessive 27.
— im Traumleben (Beispiel) 284.
— übungsmäßige Beeinflussung 50.
Assoziationsexperiment 291.
— therapeutische Anwendung 295.
— Verhalten des Patienten 292.
— Verwendung eines Reizwortschemas 292.
Astasie-Abasie 72.
Asthma bronchiale, psychogenes 71.
— Krankengeschichte 104.
— Psychotherapie 79, 90.
Atavistische Funktionen, Mobilisierung durch psychischen Einfluß 80.
Atemtätigkeit, Einfluß von Affekten 54.
— — des Kampfers 173.
— — von Salizyl 172.
Atmung, Registrierung 53.
Atropin, psychische Wirkung 174.
Aufmerksamkeit 25.
— aktive 140.
— und Atmung 54.
— Einfluß auf das Gefäßsystem 55.
Augenkrankheiten, psychische Faktoren 146.
— Augenstörungen, funktionelle 150.
Ausdrucksbewegungen im Affekt 8.
— der Hand 54.
— bei Organneurosen 72.
Ausdrucksbewegungen, Verstärkung des ausgedrückten Affektes 9, 18, 72, 76, 372.
Ausschleifung von Bahnen 47, 50, 59, 72.
Autoerotismus 297.
Automatismus in der Hypnose 205, 225.
— Befehlsautomatismus, posthypnotischer 220.
Autosuggestion 368ff.
— Atemübungen als Hilfsmittel bei der 370.
— Chevreulsches Pendel zu Demonstrationszwecken 370f.
— Einleitung der 369.
— Indikation 373.
— Methodik 369.
— — Schema nach Baudouin 370.
— psychotherapeutischer Wert 372.
— „durch Tätigkeit“ 372.
— in Verbindung mit Psychoanalyse 373.
— Versagen der 373.
— Autosuggestivübungen 368.
— — beweglicher Sessel 371.
— — Fallversuch von Baudouin 371.
— — Gefahren 377f.
— — Methodik 377.
— — exerzitienähnliche 374.
— — — buddhistische 378.
— — — Gefahren 379.
— — — Methode des Ignatius von Loyola 376, 378.
— — — systematische 378.
— — — — religiöser Art 374.
— — — — — therapeutischer Wert 376.
— Yogapraxis 370.
Azetonurie, affektive 89.

Basedow, Morbus 90.
Befehlsautomatismus, posthypnot. 220.
Begabung 32.
Behandlungsmethoden, psychophysische 162ff.
— — am Körper einsetzende 162ff.
— — an der Psyche einsetzende 204ff.
Bergkrankheit 195.
Beruhigende Wirkung von Luft- und Sonnenbädern 189.

Berührungsassoziation 25.
Beschäftigungsstörungen 78.
Beschäftigungstherapie, Berufsarbeit 364.
— Isolierung 367.
Beseitigungswünsche 328.
Bestrahlung, künstliche, psychophysische Wirkungen 190.
Bettnässen 55.
Bewegungen, Blutverschiebung bei 57.
Bewegungskeim 24.
Bewußtes 38ff.
Bewußtsein, Einengung in der Hypnose 204.
Bewußtseinsfähigkeit 41.
Bewußtseinsschwelle 165, 180.
Blasenbewegungen, Registrierung 53, 55.
Blasenkatarrh auf psychophys. Basis 108.
Blutdruck und Affekte 66.
— psychische Beeinflussung 65.
— und Bewegungsvorstellungen 66.
— Einfluß von mechan. Reizen 182.
— Temperatureinflüsse 182.
Blutdruckmessung 54.
Blutungen, rezidivierende intraokuläre 148.
— psychophys. Wechselwirkungen 148.
Blutverschiebungen bei Bewegungen 57.
— — psychischen Vorgängen 179.
— — Temperaturwechsel 179.
Brom 168.

Charakter 37.
Chemikalien, elektives Verhalten der Psyche gegen 77.
— psychisch bedingte Umkehr der Wirkung 176.
Chinin, psychische Wirkung 170.
Chirurgie, psych. Einflüsse in der 151.
Chlorose auf psychophys. Basis 86.
Cholezystitis auf psychophys. Basis 103.
Consensus partium, Organkorrelationen 83.

Dampfbad, physiologische Wirkung 181.
Delirium, Bewußtsein und Unterbewußtsein, psychotherap. Bedeutung 94.
— tremens, psychische Einflüsse 77.
Denken 30.
Depression, Ursachen 416.
Depressionszustände, psychophysische Behandlung 411.
Dermatitis auf psychophys. Basis 117.
— Psychotherapie 80.
Descensus vaginae 136.
Diabetes insipidus, psychogener 81.
— psychophysische Ätiologie 82.
— mellitus, psychogener 71.
— Psychotherapie 88.
Diagnostik, psychophysische 63.
Diätetische Therapie, psychische Wirkung 175, 176.
Diathese, vasoneurotische 69.
Digitalis, psychische Wirkung 172.
Diuretika, psychische Wirkung 174.
Dynamographie 53.
Dysmenorrhöe 136.
Dyspareunie 136.

Egoismus und Altruismus 12ff.
— — Sympathie 13.
Egozentrisches Gefühl 11.
Eifersuchtswahn durch Alkoholismus 438.
Eisen, psychische Wirkung 170, 177.
Ejaculatio praecox, psychophysische Behandlung 388.
Ejakulation, Unfähigkeit zur, psychophysische Behandlung 388.
Ekphorie 47.
Ekzem, chronisches, auf psychophysischer Basis 117.
— Psychotherapie 80.
Elementargefühle, ästhetische 8.
Elementare Triebregungen als Basis für alles seelische Geschehen 296.
Empfindung 3ff.
— und Vorstellung 6.
Endokrines System 37.
— — neurohormonaler Mechanismus 84.
— — und Psyche 37.
— — psychische Beeinflussung 83, 86.
Endometritis cervicis 136.
Enge des Bewußtseins 4.
Engramm 46.
Enthusiasmus 16.
Entsagung, gelegentliche, als Hemmungsübung 366.
Entscheidung 21.

Entschließung 21.
Entzündung, psychische Beeinflussung 78.
Entzündungshemmung als psychophysische Wechselwirkung 99.
Enuresis diurna, psychophysische Behandlung 385.
— nocturna, auf psychophys. Basis 55.
— — Psychotherapie 385.
Enzymtheorie, Gedächtnishypothese 48.
Eosinophilie, psych. Beeinflussung 80.
Epilepsie, genuine 74.
— Arbeitstherapie bei 445.
— Einteilung nach Stekel 444.
— pädagogische Beeinflussung 446.
— Psychoanalyse 445.
— Psychotherapie nach Stekel 442.
— Symptomenkomplex als Selbstschutzmechanismus 444.
Episcleritis periodica fugax 148.
Erbrechen nach Apomorphin 169.
— unstillbares, der Schwangeren auf neurohormonaler Basis 88.
Erektion 388.
Ergographie 53.
Erinnerung 29.
Erinnerungsassoziation 28.
Erinnerungsreiz 203.
Erkältung 99.
Erkrankungen, gichtische, psychophysische Behandlung 459.
Ermüdbarkeit, abnorme, psychophysische Behandlung 420.
Ermüdung, Einfluß auf das Gefäßsystem 57.
— körperliche, im Hochgebirge 196.
Erotik und innere Sekretion, Wechselwirkung bei Tuberculosis pulm. 76.
Erotisierung des Gehirns durch Organpräparate 174.
Erotik, kindliche 299ff.
Erregbarkeit, motorische, Steigerung durch Kokain 168.
Erregungs- und Reizbewältigung (nach Freud) 305.
Erröten bei Affekten 55.
Erwartungsneurose 410.
— hypnotische Ruhesuggestion 411.
Erweiterung des egozentrischen Gefühls 13.
Erythem, psychogenes 81.
Erythem, psychogenes irritatives 133.
Euphorie durch Digitalis 172.
— durch Kokain 168.
— nach Tee 171.
Experimentelles über Ausdrucksbewegungen 53.
— — psychophysische Beziehungen 53ff.
Extraversion 313.
Exsudation, psychogene irritative 133.

Fasten, eine Hemmungsübung 365.
Fehlhandlungen 285.
— Komplikationen, entstanden durch 289f.
— Verlegen und Verlieren 288f.
— Verschreiben 286.
— Versehen 288.
— Versprechen 287.
Fettsucht, Organotherapie bei 175.
Fieberdelirien 77, 93.
Fiebererzeugende Mittel, psychische Wirkung 170.
Flexibilitas cerea 205.
Flimmerskotom 147.
Fluor albus 136.
— — psychogener 132.
— bei eingebildeter Schwangerschaft 137.
Fortpflanzungstrieb 33.
— Psychoanalyse 296.
Frauenkrankheiten auf psychophysischer Basis 132.
Freudsche Psychoanalyse s. Psychoanalyse 268ff.
— Theorie der unbewußten Seelenvorgänge 305.
Frigidität s. auch Dyspareunie 136.
— Psychotherapie 390f.

Galaktorrhöe, psychische Beeinflussung 138.
Gallensekretion, psychische Beeinflussung 66.
Gallensteinkolik, psychische Beeinflussung 78.
Gebärmutterblutungen, psychogene 132.
Gebärmutter, Beschwerden durch Lagenveränderung, Psychotherapie 135.
Geburt, psychische Beeinflussung 135.
Gedächtnis 28, 46.

Gedächtnis, Erziehung 48.
— Störungen 76.
— Versagen im Hochgebirge 196.
Gedankenlesen 54.
Gefäßapparat, labiler, psychische Beflussung 68.
Gefäßerkrankungen, psycho-reflektorische Erscheinungen 76.
Gefäßsystem, Einfluß psychischer Arbeit 55.
Gefäßweite, Registrierung 54.
Gefühle 6.
— und Affekt 8.
— Arten der 7.
— Beziehungen untereinander 15.
— als Dauerzustände 7.
— und Empfindung 8.
— und Erkenntnis 17.
— Expansion 18.
— Gemeinschaftlichkeit des 13.
— Heftigkeit 17.
— Innigkeit 17.
— Kontrast 15, 19.
— Partial- 7.
— sinnliche 20.
— Stabilität im Vergleich zu Vorstellungen 10.
— als Stimmungen 7.
— der Tätigkeit 21.
— Unterscheidung nach Wundt 7.
— antizipierende Wirkung 18.
— realisierende Wirkung 18.
— und Vorstellungen, Reproduktion 11.
— zusammengesetzte 7.
Gefühlsleben in der Hypnose 209.
Gehorsam 220.
Gehirnläsionen 75.
Gehörvorstellungen 28.
Geisteskrankheiten, organische 76.
— und Hypnotisierbarkeit 213.
— Psychotherapie 446f.
Gelenkrheumatismus auf psychophysischer Basis 98.
Gemeingefühl 8.
Gemütserregungen und Hypnotisierbarkeit 213.
Geschlechtsfunktionen, psychophysische Wechselwirkungen 135.
Geschlechtskälte der Frau, Ätiologie 136.
Geschlechtsorgane, weibliche, psychische Einflüsse 132.
— bei eingebildeter Schwangerschaft 137.
Gesichtsmuskulatur, Ausdrucksbewegungen 54.
Gesichtsvorstellungen 28.
Geständniszwang 305.
Gewöhnung 59.
— psychomotorische 28.
Glaukom, psychophysische Ätiologie 148.
Glykosurie, affektive, psychische Beeinflussung 89.
Graphologie im Dienste der Psychoanalyse 338.
Gynäkologie, psychophysische Wechselwirkungen 132.

Habitus, asthenischer 34.
— athletischer 34.
— pyknischer 34.
Halluzinationen 75.
— retroaktive 208.
Halskrankheiten, psychisch bedingte 138.
Harn, psychogene Hypersekretion 82.
— Blasenmuskulatur, Tätigkeit unter Einfluß psychischer Vorgänge 54.
— Entleerung, gestörte, psychophysische Behandlung 385.
— Drang, psychische Beeinflussung 55.
— Sekretion unter nervösem Einfluß 82.
Haut, elektrische Vorgänge in der 64.
— Elektrizität, Messung 260.
— Krankheiten auf psychophysischer Basis 117, 132.
— psychische Beeinflussung der Funktionen 64, 80.
Heilsuggestionen 242ff.
— Methodik 242.
Heißluftbad, physiologische Wirkung 190.
Hemmungen, Aufhebung durch Alkohol 169, 439.
— der Triebe 33.
— Wegfall auf Hochgebirgstouren 196.
Hemmungsenergie 365ff.
Hemmungsübungen: Askese 365ff.
— Gefahren bei Übertreibung 367.
— Entsagungen, gelegentliche 366.
— Fasten 365.

Hemmungsübungen: Selbstdisziplin 366.
— therapeutische 355.
Herzaffektionen, psycho-reflektorische Erscheinungen 76.
Herz, Beeinflussung durch Luft- und Sonnenbäder 189.
Herztätigkeit, Einfluß von Affekten 76.
— psychische Beeinflussung 65.
— Registrierung 54.
— Temperatureinflüsse 181.
Heuschnupfen auf psychophysischer Basis 138.
— Bindehauthyperämie 148.
— psychophysische Wechselwirkungen 139.
— Übererregbarkeit bei 138.
Homosexualität, Ätiologie 90.
— Einfluß des Alkohols 439.
— psychophysische Behandlung 401.
— Psychotherapie 90.
Hochgebirgsphysiologie 194.
Hochgebirgskur, Assoziationsphase 194.
— Reaktionsphase 194.
— Reizphase 194.
— Sauerstoffmangel 194.
Hormone 83.
— Hormoneuraler Mechanismus, psychophysische Wechselwirkungen 84ff.
Hörvorgang, Physiologie und Psychologie 49.
Hydrotherapie, Erzieherische Wirkung 183.
— physiologischer Effekt 180.
— psychische Wirkung 182.
— psychophysische Wirkung 182ff.
— „Reaktion" 181.
Hyperämie, psychogene 133.
Hyperglykämie, psychische Beeinflussung 89.
Hypnose 204ff.
— Amnesie nach 207.
— Apperzeptionsfähigkeit, Veränderung der 207.
— Asphasieerscheinungen durch 208.
— Befähigung zur 215.
— Bevorzugung gegenüber der Psychoanalyse 224.
— Bewußtseinseinengung in der 207.
— Dauer 240.
— — der therapeutischen 240ff.
— Depressionszustände 411.
Hypnose, Einleitung 220.
— — mit Hilfe von Blaulichtbestrahlung 190.
— — durch Morphium 167.
— Einwände gegen die 245f.
— Erweckung 241ff.
— Genitalorgane, Beeinflussung in der 207.
— Gruppenbehandlung 239.
— Haut, Vorgänge in der 207.
— Hypermnesie 207.
— intellektuelle Leistungen in der 208.
— Indikation 247f.
— Kontraindikation 248.
— Körperliche Einwirkungsmethoden 231f.
— — — durch Bäder 233.
— — — — chemische Mittel 233.
— — — — Gehör 232.
— — — — Hautreiz 232.
— — — — Massage 233.
— — — — Meßmersche Striche 232.
— — — — Medikamente 234.
— — — — Monotonie 233.
— — — — Narkotika 234.
— — — — Skopalamin 234.
— — — — Somnoform 234.
— — — — Turnen 233.
— — — — Wanderungen 233.
— und Medikamente 178.
— Methoden 228.
— — „Dressur" 238.
— — Faszinationsmethode 220, 231.
— — Fixationsmethode 230.
— — Hypnoskop, Verwendung bei 230.
— — Kontrastfarben, Heranziehung von 230.
— — fraktioniertes Verfahren 238.
— — kathartische 255f.
— — Abreagieren 257f.
— — Dauer einer Sitzung 256.
— — larvierte 237.
— — mit faradischem Apparat 237.
— — — Franklinscher Dusche 237.
— — — galvanischem Apparat 237.
— — — Influenzelektrizität 237.
— — Schreckmethode 232.
— — Überrumpelungshypnose 220.
— — Verbalsuggestionsmethode 228f.

Hypnose, Körperliche Verbalsuggestionsmethode, Wichtigkeit des Wortschatzes 229f.
— — Verbindung körperlicher und seelischer 236, 237.
— Mißbrauch 204.
— verbunden mit Narkose 235.
— oberflächliche 210.
— Paramnesie durch 208.
— prophylaktische Einübung 226.
— Physiologie 217.
— — Theorie der Doppelwechselwirkung 218.
— — Emanationstheorie 218.
— — Neuronentheorie 217.
— — Strahlentheorie 218.
— — therapeutische Folgerungen 227.
— Psychologie der 218ff.
— — Folgerungen für die Therapie 227.
— Reproduktion nächtlicher Träume in der 208.
— Statistisches 214.
— Technik 215, 216, 227.
— — psychische Vorbereitung des Kranken 215.
— Tiefengrade 204.
— tiefe 205.
— — Bewußtseinseinengung 207.
— — Magentätigkeit 206.
— — Motilität 205.
— — glatte Muskulatur 207.
— — psychische Veränderungen in der 207.
— — Reflexe 207.
— — sekretorische Vorgänge in der 206.
— — Sensibilität 205.
— — Stoffwechsel 206.
— — Verdauungskanal 207.
— — vegetative Funktionen, Verhalten der 206.
— posthypnotisches Verhalten 241ff.
— Widerstand gegen die 214.
— zwangsweise 214.
Hypnosesucht 246.
Hypnotisierbarkeit 212.
— bei chronischer Vergiftung des Nervensystems 212.
— Steigerung 213, 228.
Hypotaxie 208.
Hysterie und Hypnotisierbarkeit 212.
Ichgefühl 25.
Ideale 18.
Identifikation (und Hypnose) 228.
Ikterus, psychophysische Behandlung 458.
Illusionen 27.
Immunität der Ärzte, relative 92.
— psychischer Einfluß 92.
Individualität 38.
Indolenz 33.
Infektionskrankheiten auf neurohormonaler Basis, psychische Beeinflussung 91.
Injektion von Medikamenten, Vorzug gegenüber anderen Applikationsweisen 177.
Instinkt 11.
— Mobilisation im Hochgebirge 196.
— der Selbsterhaltung 11.
Intelligenz 32.
— Einfluß des Alkohols 169.
— und Hypnotisierbarkeit 212.
— Mangel: Kontraindikation gegen Psychoanalyse 308.
— produktive 32.
— reproduktive 32.
Intellektuelle Leistungen in der Hypnose 209.
Introversion 313.
Isolierapparat 247.

Kachexie bei Tuberkulose, psychische Beeinflussung 76.
Kaltwasserheilanstalt 184.
Kampfer, psychische Wirkung 173.
Kardiographie 54.
Kardiovaskuläres System, Änderungen unter psychischem Einfluß 55.
— — Zentren 58.
Kastrationskomplex 390.
Katalepsie 226.
— suggestive 205.
Katarrhe, psychophysische 69, 146.
Kathartische Therapie 268.
Keimdrüsen, weibliche (Ovarien), Einfluß auf die Entwicklung 136.
Keuchhusten, psychische Beeinflussung 78.
Kiefernhöhlenaffektionen, psychophysische 146.

Kinderträume 276.
Kindheitseinstellung in der Hypnose 220.
Kindsbewegungen, vorgetäuschte, bei eingebildeter Schwangerschaft 137.
Klavierspielerkrampf, psychophysische Behandlung 382.
Klimakterium 87.
Klimatotherapie, Akklimatisation 193.
— Auswahl des Ortes 192.
— Höhenklima 192.
— psychologische Einwirkung des Landschaftscharakters 198—200.
— Seeklima 192.
Koffein, psychische Wirkung 170.
Kokain 168.
Kokzygodynie, psychische Beeinflussung 138.
Kolpitis 136.
Komplex 295.
— -lachen 291.
Komplikation 26.
Konstellation 30.
Konzentrationsmangel, psychophysische Behandlung 420.
Konzentrationsübungen 360.
Konzeption, psychische Beeinflussung 88, 135.
Koordinationsstörungen 78.
Koprophilie 298.
Kornealneurose, psychophysische Wechselwirkungen 151.
Körper, Einfluß auf die Psyche 152.
Körperliche Ermüdung im Hochgebirge, Ausfall der bewußten Denktätigkeit 198.
— — psychische Vorgänge 197.
Körpertemperatur 67, 76.
— psychische Beeinflussung 67, 76.
Korrelation der Organe 37.
— chemische, zwischen Ovarien und Uterus 133.
Kraftbegriff (Nietzsche) 358.
Krankheiten, rein organische 74.
„Krankheitsgewinn", als Quelle inneren Widerstandes 320.
Krebsfurcht 70.
Kreuzschmerzen, bei Frauen, psychische Beeinflussung 138.
Kriegsamenorrhoe 134.

Lähmung durch Kokain 168.
— durch Morphium 167.
— psychisch bedingte, Beeinflussung durch Hypnose 380.
— Wechselwirkungen, organische und psychische Komponente 75.
Lähmungszustände, Lehmannsche Suggestionsgymnastik 254.
Laxantia, psychische Wirkung 173.
Lebensalter und Hypnotisierbarkeit 213.
Lebensanschauung, ästhetische 16.
— ethische 16.
Lebensempfindung 4.
Lebensgefühl 4, 10.
— kosmisches 15.
— Steigerung durch Morphium 167.
„Lebenstriebe" 305.
Leberfunktion, psychische Beeinflussung 66.
Leberdysfunktion, Psychotherapie 90.
Leistungsfähigkeit, Einfluß des Alkohols 169.
— Einfluß von Tee 171.
Libido 296.
— sexualis, Entwicklung 297ff.
— — Fixierung an die Person 298.
Lidkrampf, psychophysischer 147.
Lokalanästhetika, psychische Wirkung, 172.
Loyola, Ignatius von, Methode der Autosuggestivübungen 376—378.
Luft- und Sonnenbäder, physiologische Wirkung 189.
Luminal, psychische Wirkung 170.
Lungenblutungen, psychische Beeinflussung 76.
Lungenentzündung, psychische Faktoren 93.
Lust, Einfluß auf das Gefäßsystem 56.

Magen, Depressionsneurosen 70.
— Erkrankungen, psychophysische Wechselwirkungen 70.
— und Darmerkrankungen, psychophysische Behandlung 458.
— Geschwür, psychophysische Wechselwirkungen 69.
— Motilität, psychische Beeinflussung 63.

Magen, Neurose 69.
— Hemmungen durch Atropin 61.
— — — Vagusdurchschneidung 62.
— Beeinflussung 58, 183.
— schwacher 71.
Magensaft, chemische Zusammensetzung unter psychischer Beeinflussung 61.
Magensekretion, Dysfunktion, Psychotherapie 90.
— relative Reflexe 63.
Magensekretionsstörung 70.
Magentätigkeit, Einfluß von Affekten 60.
Magnetopathen 232.
Manifester Trauminhalt (nach Freud) 277.
Masochismus 131, 221.
— bei Kindern 297.
Massage und Erotik 186.
— — Homosexualismus 186.
— Nervenpunkt- 187.
— — und Erotik 188.
Medikamente, primär-psychische Wirkung 165.
— Dosierung in der Psychotherapie 177.
— sekundär-psychische Wirkung 166.
Medulla oblongata, Sektionsbefunde in Fällen von Ulcus ventriculi 70.
Melancholie, psychophysische Behandlung 417.
Menièrescher Symptomenkomplex 140.
Menschenwage 54.
Menstruation, psychische Einflüsse 133.
— Hemmung bei eingebildeter Schwangerschaft 137.
Menstruationsanomalien 87.
— psychische Beeinflussung 68.
— Struma bei 87.
Mennorhagie, psychogene 133.
Menthol, psychische Wirkung 172.
Metropathia haemorrhagica, neurohormonale 133.
— uteri 36.
Metritis colli 136.
Migraine ophthalmoplégique, psychophysische Wechselwirkungen 150.
Milchdrüsentätigkeit, psychische Beeinflussung 66.
Milchsekretion bei eingebildeter Schwangerschaft 137.
— gestörte, Psychotherapie 89.
Minderwertigkeitsgefühl, Einwirkung auf die Entstehung der Neurosen 319.
— bei Alkoholismus 438.
Monotonie, Verwendung in der Hypnose 233.
„Mordimpulse“ 328.
— beim Kinde 329.
Moribundi, psychische Behandlung 97.
Morphinismus, Psychopathologie des 440.
Morphium 78, 167.
— psychische Wirkungsweise 167.
Motilitätsstörungen der Augenmuskulatur, psychophysische Wechselwirkungen 150.
— psychophysische Behandlung 380.
Motorische Störungen, Einfluß von Apomorphin 170.
Multiple Sklerose 109ff.
Muskelbewegungen, Einfluß seelischer Vorgänge 54.
— Registrierung 53.
Muskelfunktionen, psychogene Steigerung 80.
Muskelkrämpfe, lokalisierte, psychophysische Behandlung 382.
Muskelübungen, Hebung des Allgemeingefühls 185.
— Hebung der Leistungsfähigkeit 185.
— Selbsthemmungsübungen 185.
— Stärkung der Willensenergie durch 185.
— Einfluß auf die Zirkulation 185.
Mutterliebe 14.
Mütterlichkeit 136.

Nachbehandlung, Psychotherapie in der 151.
Nachtblindheit 151.
Nachtschweiß, Atropin bei 174.
Naegelischer Handgriff 187.
Nährpräparate, psychische Wirkung 170.
Nahrungstrieb 32, 296.
Narkose, psychische Einflüsse 77.
— psychische Unterstützung 151.
Narkohypnose 235.
— bei gynäkologischen Untersuchungen 236.

Narkotika, elektives Verhalten der Psyche gegen 177.
Nasenkrankheiten, psychisch bedingte 138.
Natron, nukleinsaures, psychische Wirkung 170.
Naturheilanstalten 184.
Nausea nach Apomorphin 169.
Nephritis, chronische, 100.
Netzhautablösung, idiopathische 149.
Nervensystem, Einfluß auf die Entstehung des Ulcus ventriculi 70.
— Einfluß auf Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere 85.
Nervina, Umkehr der Wirkung durch die Psyche 78.
Neurohormonaler Mechanismus 84ff.
Neurosen, Organfixation 70.
— sexuelle Triebkraft 302.
Nierensteinkolik, psychische Beeinflussung 78.
Nierentätigkeit, psychische Beeinflussung 81.

Obervorstellung 30.
— Gefühlsbetonung 30.
— und Sprache 30.
Obstipation, Psychotherapie 89.
Ohrenkrankheiten, psychisch bedingte 138.
Ohrgeräusche, psychophysische 141.
Okulomotoriuslähmung, psychophysische Wechselwirkungen 150.
Onanie bei Kindern 297.
— Psychotherapie 387.
Opium 168.
Organempfindungen 4.
Organerkrankungen, Allgemeinstörungen, psychische Beeinflussung 96.
— Autosuggestion bei 460.
— Hypnose bei 460.
— Psychoanalyse bei 460.
— psychogene Manifestation 71.
— seelische Überlagerung 71.
— Psychotherapie 454ff.
— — Methodik 460.
Organkorrelationen, neurohormonale 91.
Organneurosen 68, 408.
— Ausdrucksbewegungen 72.
— primär organogene 70.
— primär psychogene 76.
Organotherapie, psychische Wirkung 174.
Organpräparate, psychophysische Wirkung 174.
„Organsprache“ 72, 134.
Orgasmus des Weibes 136.
Orthoform, psychische Wirkung 172.
Osteomalazie 107.
Ovulation, Verschiebung 135.

Pansexualismus des Weibes 136.
Parametritis posterior 136.
Paranoia, psychophysische Behandlung 453.
Parästhesien 76.
Pawlowsche Methode 53.
Persönlichkeit 37f.
Perversionen, psychophysische Behandlung 400ff.
Pflichtgefühl, ethisches 15.
Pharmakopsychotherapie 165, 167ff.
Physiologie und Psychologie 44ff.
Physikalisch-therapeutische Reize, psychophysische Wirkung 164, 179ff.
Physiologische Wirkung der Hydrotherapie 180.
Piqûrehydrurie 81.
Plethysmographie 53, 55.
— mit Katheter 53.
Pneumonie, akute, psychische Beeinflussung 93ff.
— — — Erscheinungen 93.
— — — Prodromalsymptome 93.
Pneumographie 53.
Pollutionen, psychophysische Behandlung 388.
Polymorph-perverse Anlage 131.
Polyurie, psychogene 81.
Posthypnotische Erscheinungen 211.
Potenz des Mannes, Störungen, Psychotherapie 388.
Prostatorrhöe, psychophysische Behandlung 389.
Psyche, Aktivierung bei Krankheiten 96.
Psychophysische Behandlungsmethoden, am Körper einsetzende 162ff.
— von der psychischen Seite aus angreifende 204ff.
Psychische Erscheinungen bei Hochgebirgstouren 195.

Psychische Funktionsstörungen, Rückwirkung auf den Körper 455.
Psychisches Geschehen, Gleichförmigkeit des 42.
Psychische Vorgänge, Blutverschiebung bei 179.
— Wirkung therapeutischer, chemischer und physikalischer Reize 162ff.
Psychoanalyse 268ff.
— Ablenkungstherapie 317.
— Abreagieren 268, 316.
— innere Abwehr des Patienten 317.
— Adlersche Auffassung 308f.
— aktive 312ff.
— analytisch-synthetische Übungsbehandlung 341.
— Assoziationsexperiment 291.
— und Autosuggestion 373.
— Beendigung 308.
— Benutzung der Krankheit als Abwehr 327.
— Beseitigungswünsche und Krankheitssymptome 328.
— Bewußtwerden der Komplexe 316.
— Beziehungen zur Schocktherapie 317.
— Einfälle der Kranken als Hilfsmittel 269.
— Erkenntnis der Zusammenhänge der Symptome 324.
— erziehende Behandlung des Patienten 313.
— Fehlhandlungen 285.
— Freudsche Auffassung 268ff.
— Gefahren 341.
— Gewöhnungsvorgänge 317.
— Graphologie im Dienste der 338.
— Hindernisse 317.
— — Überwindung durch „Übertragung“ 318.
— Indikation und Gegenindikation 306.
— Intelligenzmangel als Gegenindikation 308.
— Jungs Auffassung 312ff.
— Kathartische Therapie 194, 268.
— Kausalitätsverschiebung seitens des Patienten 335.
— theoretische Kritik 314.
— Libidobegriff 312.
— Methodik 269, 311, 314.
— Minderwertigkeitsgefühl, soziales und Krankheitssymptome 328.
Psychoanalyse, Lebenseinstellung Nervöser 309f.
— primitiv-antithetisches Schema Nervöser 309.
— „Sicherungskoeffizient“ Nervöser 310.
— Pflichten des Arztes 303, 304.
— psychischer Hermaphroditismus 309.
— psychotische Symptome 307.
— Reaktionsschema 324f.
— seelische Vorgänge, psychoanalytische Auffassung 296.
— — sexuelle Triebregungen und Krankheitssymptome 328.
— „Situation der Versagung“ (Freud) 340.
— Suggestivwirkung 317.
— Symbolik in der Darstellung 332.
— Symptomensprache 310.
— Symptomhandlungen 285.
— therapeutische Verwertung der Ergebnisse 303, 304.
— Traumdeutung 276f.
— „Typen“ (intro- und extravertiert) 313.
— Übertragung 321.
— Unbewußtes, Verdeckung seiner Ziele 333.
— Verständigung durch Symbole 325.
— Wert der Persönlichkeit 313.
— innerer Widerstand, Mittel zur Überwindung 318.
— Wiederholungszwang 304.
— „Willensübung“ 317.
— Witz 291.
— Zeichnen als Ausdrucksmittel 338.
— Zustandekommen der Wirkung 316.
— Zusammenfassung des Vorgehens bei 339ff.
— Zwangsneurosen 308.
Psychogalvanisches Phänomen 53, 64.
Psychopathologie des Alkoholismus 438.
— der Süchte 434.
Psychophysische Ätiologie der Gallenleiden 79.
— Erkrankungen, Krankengeschichten 97.
— Wirkungen der Balneotherapie 191.
— — der Diätkuren 176.
— — — Elektrotherapie 180.

Psychophysische Wirkungen des Faradisierens 180.
— — von Gymnastik 185.
— — der Klimatotherapie 191.
— — — Kohlensäurebädern 191.
— — von Lichtreizen 189.
— — — Luft- und Sonnenbädern 188.
— — der Massage 186.
— — — Moorbäder 191.
— — von Muskelübungen 185.
— — — Organpräparaten 144.
— — der Sandbäder 191.
— — — Sauerstoffbäder 191.
— — — Schlammbäder 191.
— — des Wetters 192.
Psychologie, nervenphysiologische Auffassung 44, 50.
Psychosen 75.
Psycho-reflektorische Vorgänge bei Herz- und Getäßaffektionen 76.
Psychotherapie, Ablenkungsmethode 253.
— bei nervösen Allgemeinstörungen 420.
— — Angstzuständen 407.
— Arbeitstherapie 361.
— bei Arbeitsunfähigkeit 420.
— — Aspermatismus 389.
— Asthma bronchiale 80, 90.
— und Aufklärungsbehandlung 345 ff.
— — Demonstrieren subjektiver Täuschungen 348.
— — durch Handeln 346.
— — Indikation 353.
— — Komplikationen 351.
— — körperliche Untersuchung 346.
— — Versuch von Aristoteles 348.
— — Willensfreiheit 352.
— und Autosuggestion 373.
— Basedow 90.
— Bewertung ihrer Ergebnisse 117.
— Darmfunktionen 90.
— Delirium tremens 77.
— Depressionszustände 411.
— Dermatitis 80.
— Diabetes 88.
— Ermüdung im Hochgebirge 197.
— Erziehung zum Gehorsam 357 f.
— Galaktorrhöe 138.
— Hemmungsübungen 365.
Psychotherapie bei Impotenz des Mannes 388.
— Indikation 353.
— der Kokzygodynie 138.
— von Kreuzschmerzen (bei Frauen) 138.
— Lektüre der Patienten 363.
— und Naturwissenschaft 49.
— philosophische und religiöse Schriften im Dienste der 352.
— und Physiologie 49.
— bei Prostatorrhöe 389.
— Psychopädagogik 345 ff.
— Überredungsbehandlung 345.
— Überrumplungs- und Einschüchterungsmethoden 253.
— Verwendung von Schmerzreizen 254.
— Wesen der 49.
— Willenstherapie 353.
Pubertätsentwicklung, psychische Beeinflussung 86.
Puls, Temperatureinflüsse 181.
— Beschleunigung durch Skopolamin 173.
Pulsverspätung 54.
Pupillenweite, Änderungen unter psychischem Einfluß 55.
— Messung 53.

Quaddelbildung, psychogene 81.
— psychogene-irritative 133.
Qualitätswahl, Verknüpfung von Affekten und Vorstellungen 17.

Rapport 247 f.
Rauchzwang, Beispiel 434 f.
Rausch, psychische Einflüsse 77.
Reaktionsversuch mit Gegenständen 293.
Realisierung hypnotischer Suggestionen 211.
Recklinghausen, Blutdruckmessung 54.
Reflexe, bedingte 69, 203.
Reflexvorgänge 22.
Registrierung von Ausdrucksbewegungen, Methoden 53.
Regression, zu früheren Phasen des Sexuallebens 302.
Reizassoziationsmethode 202.
Reizerinnerungsmethode 202.
Reize, ädaquate 202.

Reize, chemische, psychophysische Wirkungen 167ff.
— mechanische, Einfluß auf den Blutdruck 182.
— physikalische, psychophysische Wirkungen 178.
— und Suggestivmittel 178.
Reizkörpertherapie, psychische Wirkung 175.
Reizschema von Ebbinghaus 295.
Reiz- und Genußmittel, Wirkung auf die Allgemeingefühle 176.
Reizverarbeitung, falsche, und psychogene Erkrankungen 138.
Reizwortschema 294.
„Relaxationsübungen" 355.
„Relikte" 138.
Reproduktion früherer Eindrücke 26, 39.
— Arten der 28.
— auditive 28.
— motorische 28.
— visuelle 28.
Reproduktionsmotive 46.
Residuum 46.
Respiration, Einfluß von Affekten 54.
— Einfluß des Kampfers 173.
— — von Luft- und Sonnenbädern 189.
— — — Salizyl 172.
— bei Tubercul. pulm., psychische Beeinflussung 76.
Respirationsapparat, Änderungen unter psychischem Einfluß 55.
— psychische Momente bei Erkrankungen 76.
Retroversioflexio uteri 136.
Rheumatische Erkrankungen, psychische Beeinflussung 78.
— — psychophysische Behandlung 459.
Rückenmark, organische Erkrankung, psychische Beeinflussung 117.
Ruhegefühl in der Hypnose 226.
Ruheübungen nach Hirschlaff 355.
Ruktus, Apomorphin bei 170.

Sacrificia intellectus 204.
Sadismus 131.
— bei Kindern 297.
Salizyl, psychische Wirkung 172.
Salizylrausch 172.
Scham, Einfluß auf das Gefäßsystem 56.
Schamröte, irritative 133.
Schielen 150.
Schilddrüsenpräparate, psychische Wirkung 175.
Schizophrenie (Dementia praecox) 76.
— Assoziationsstörungen bei 76.
Schizothymie 32, 34ff.
Schizothymiker, Lebenseinstellung 36.
Schizo- und Zyklothymiker, Gemütsanlage 35.
— — psychischer Rhythmus 35.
Schlafmittel, psychische Wirkung 170.
Schläfrigkeit, psychophysische Behandlung 420.
Schlafstörungen, psychophysische Behandlung 420.
Schleimhautblutungen, psychogene 133.
Schlund- und Speiseröhrenkrampf, psychophysische Behandlung 382.
Schmerzzustände, psychophysische Behandlung 422f.
— Beziehungen zwischen Sexualität und 432.
— Reproduktion durch 425.
Schnupfen, psychische Beeinflussung 68.
Schockwirkung der Reizkörpertherapie 175.
Schreibkrampf, psychophysische Behandlung 382.
— Beispiel 283.
— psychisch fixiertes Symptom 78.
— Apomorphin bei 170.
Schrumpfniere 102.
Schuldgefühl, psychophysische Behandlung 411.
— Einwirkung auf die Entstehung der Neurosen 319.
— unbewußtes 305.
Schwangerschaft, eingebildete 137.
— bei Hunden 137.
Schwangerschaftserbrechen 134.
Schwachsinn und Hypnotisierbarkeit 213.
Schwächungen der Triebe 33.
Schwerkranke, psychophysische Behandlung 97.
Schwerhörigkeit, psychophysische Wechselwirkung 139.
— Krankengeschichte 140.

Sehakt, kortikaler, psychische Faktoren 151.
Selbstanästhesie 56.
Selbstbewußtsein 25.
Selbsterhaltungstrieb 32, 296.
— Motivverschiebung 12.
Selbsterziehung 366.
Selbstnarkose 56.
Selbstschutzmechanismus des Epileptikers 444.
Selektionsvorgang 23.
Sensibilität, Herabsetzung durch Morphium 167.
— — — Kokain 168.
Sessel, beweglicher, zu Autosuggestivübungen 371.
„Sexualforschung", infantile 299.
Sexualismus, periodischer, des Mannes 136.
Sexualpathologisch-psychophysische Wechselwirkungen 117.
Sexualleben des Kindes 297.
„Sexualtheorie", infantile 299.
Sexualtriebe 33, 305.
Sexuelle Erregungen, Verdrängung 131.
Sexuelle Liebe 14.
Sklerose, multiple 75.
Skopolamin, psychische Wirkung 173.
— bei epidemischer Enzephalitis 174.
Sommerscher Apparat 53.
Somnambulismus 205.
Somnazetin, psychische Wirkung 170.
Somnolenz 204.
Spannung, Einfluß aufs Gefäßsystem 56.
— innere, Beseitigung durch Brom 168.
Spasmophilie, als Grundlage für Magengeschwür 70.
Speicheldrüse, psychische Beeinflussung 58.
Spermatorrhöe, psychophysische Behandlung 389.
Sphygmanometer 54.
Sphygmographie 54.
„Spiegel des Seelischen", die Landschaft als 200.
Sport, psychophysische Bedeutung 198.
Sprachstörungen, psychophysische 146.
Sprachvorstellungen 28.
Sprachwirkung, Physiologie und Psychologie 49.
Stärkungsmittel, psychische Wirkung 170.
Steighöhe, Wirkung des Tees 171.
Sterilisierung, hormonale 134.
Stillstörungen, psychische Beeinflussung 66.
— suggestive 66.
Stimmung, Einfluß des Alkohols 169.
— Einfluß von Kokain 168.
— Erhöhung durch Morphium 167.
— Einfluß des Tees 171.
Stimmritzenkrampf als psychisch fixiertes Symptom 78.
Stimmstörungen, psychophysische 146.
Stoffwechsel, Einfluß von Luft- und Sonnenbädern 189.
Stoffwechselstörungen, psychophysische Behandlung 457.
— unter psychischem Einfluß 77.
Störungen der inneren Sekretion, psychophysische Behandlung 457.
Stottern, psychophysische Behandlung 384.
— psychisch fixiertes Symptom 78.
Strafbedürfnis 305.
Substitutions- und Psychotherapie 91.
Suggestion, Begriff der 250.
— Definition 163.
— — von Baudouin 251.
— — — Lipps 250.
— — — Moll 250.
— „à échéance" 211.
— retroaktive 208.
— von Speisen, Einfluß auf die Magentätigkeit 60.
— „auf längere Verfallzeit" 211.
Suggestibilität 222.
— und Hypnotisierbarkeit 213.
„Suggestionsgymnastik" nach Lehmann bei Lähmungszuständen 354.
Suggestivbehandlung 163ff.
Suggestivmittel 252.
Suggestive Wirkung chemo- und physikotherapeutischer Reize 162, 164.
Symbole 201.
— als Verständigungsmittel bei der Psychoanalyse 325.
Symbolik der Träume 277, 278.
— — Beispiel 282, 283.
— des Unbewußten 296.

Symbolisierung der Landschaft 200.
— von Medikamenten 202.
Sympathie 219.
Symptome, psychisch fixierte 78.
Symptombehandlungen 285.
— Beispiel 289.
Symptomenkomplex, epileptischer 440.

Tabes 75.
Tarchanoffsches Phänomen 53.
Tastapparat, gesamter, als Organ für sexuelle Empfindungen 130.
Tee, psychische Wirkung 171.
Teleologie in der Tätigkeit des Gehirns 139.
Temperament 34.
— biologische Grundlage 37.
— Konstitutionsformel 37.
Temperatur, Außen-, Einfluß auf den Blutdruck 182.
— Körper-, Einfluß von Salizyl 172.
Temperaturwechsel, Blutverschiebung bei 179.
Tendenzen, determinierende 31.
Therapeutische Verwertbarkeit des Alkohols 169.
Therapie, psychische und physische 50.
Tic 73.
— Apomorphin bei 170.
— psychophysische Behandlung, Beispiel 380f.
— Hemmungsübungen bei 355.
— innere Willenstätigkeit als Hilfsmittel bei 354.
Tonika, psychische Wirkung 170.
Totalgefühl 7.
Tränenträufeln, krankhaftes 148.
Träume, Auffassung nach Adler 285.
— physiologische Funktion 279.
Traum, Landschaft im 201.
Traumanalyse 278.
— „Traumarbeit“ (nach Freud) 278.
— Verdichtung und Verschiebung der Gedanken bei der 278.
— Traumdeutung 276, 279.
— als therapeutisches Hilfsmittel 284.
— Eindringen in das Seelenleben durch 280.
— „latente Traumgedanken“ (nach Freud) 277.
Traumanalyse, Verhöhnungstraum, Beispiel 283.
— Wunscherfüllungsträume bei Kindern 276.
— bei Erwachsenen 279.
— Beispiel 277.
Treue, Psychologie der 17.
Triebe 32.
Triebhandlungen 20, 22.
Triebhemmungen 33.
— Konversion der 34.
— Mobilisation im Hochgebirge 196.
Trieb der Selbsterhaltung 11.
Triebregungen in der Hypnose 209.
— sexuelle 328.
— Sublimierung der 34.
— Verwandlung der 34.
— als Wille zur Macht 11.
Trigeminusneuralgie 151.
Trotzreaktion 321.
Tuberkulin, psychische Wirkung 170.
Tuberculosis pulmonum, psychophysische Wechselwirkungen 76.
„Typenlehre“ von Jung 313.

Übertragung der Affekte auf den Arzt 302, 303.
„Übertragung“, Überwindung des inneren Widerstandes durch 318.
— Lösung der 323.
— Methodik 322ff.
— das Wesen der 321ff.
Übertragungsneurose 304.
„Über-Ich“ oder „Ideal-Ich“ 305.
Übungshandlung, analytisch-synthetische 314ff.
Übung nervöser Bahnen, absichtliche psychologische Beeinflussung physiologischer Vorgänge 50.
Übungseffekt (Ausschleifung von Bahnen) 147.
Ulcus-(ventriculi-)Bereitschaft 69.
Unaufmerksamkeit, scheinbare, bei Schwerhörigen 139.
Unbemerktes 38.
Unbewußtes 38ff.
— Verhalten der Pat. zum „Verdecken“ 332f.
Unlust, Einfluß auf das Gefäßsystem 56.

Unlustempfindung nach Apomorphin 169.
Unterdosierung der Medikamente bei Psychotherapie 147.
„Unter-Ich" (Freud) identisch dem „Es" Nietzsches 305.
Urinsekretion, psych. Beeinflussung 81.
Urtikaria, psychogene 81.
Uvealerkrankungen 148.

Vaginismus 136.
— chirurgische „Therapie" 137.
— Drüsentätigkeit bei 137.
— Psychoanalyse, Beispiele 391ff.
— psychophysische Behandlung 390f.
Vaginitis 136.
Varikozele 136.
Veraguth'sches Phänomen 53.
Verdauung, Einfluß von Luft- und Sonnenbädern 189.
Verdauungsdrüsen, psychische Beeinflussung 58.
— Registrierung der Sekretion 53.
Verdauungstraktus, Störungen auf hormoneuraler Basis 90.
Verdrängung 271.
Verkürzung, formelhafte, von Bewegungen 23.
Veronal, psychische Wirkung 170.
Verschmelzungen 26.
Verstopfung, Atropin bei 174.
Verstopfungsmittel, psychische Wirkung 173.
Violinspielerkrampf, psychophysische Behandlung 382.
Vitalreaktion, Mobilisierung auf psychophysischem Wege 194f.
„Fall Voit" (Aphasie) 75.
Vorstellungsakt 31.
Vorstellungen, Kombinationen von 6.
— — reproduktive 6.
— und Empfindung, Verbundensein von 7.
— von Speisen, Einfluß auf die Magentätigkeit 60.
— Stärke der 17.
— Verdrängung durch ein herrschendes Gefühl 17.
Vulvitis 136.

Wachsein, partielles 210.
Wachsuggestionstherapie 250f.
Wahlhandlungen 21.
Wahrnehmungen 26.
— und Reproduktion 26.
Wahrnehmungsurteil 31.
Wahrnehmungsvorstellung 31.
Wärmeregulierung, psychische Beeinflussung 68.
Wärmegefühl durch Salizyl 172.
Warzen, psychische Beeinflussung 80.
Wechselwirkung physischer und psychischer Arbeit 54.
— psychophysische 53, 58.
— — klinische Beobachtungen 68.
— in therapeutischer Hinsicht 73.
— zwischen Affekten und kardiovaskulärem System 55.
„Weganalysieren" 307.
Wegner-Fechnersches Gesetz 171.
Widerstand des Patienten beim Auftauchen bestimmter Erinnerungen 270.
— — gegen das psychische Eindringen des Arztes 270.
— gegen Hypnose und Suggestion 221.
— Trotzreaktion 321.
— Beispiel 271.
Wiederholungszwang 220, 305.
Wille zur Macht 33, 296.
Willensakt, Motive des 19.
— objektive Faktoren 20.
— subjektive Faktoren 20.
Willensausdruck 24.
Willensentwicklung 19.
— und Intellekt 21.
— regressive 22.
Willensfreiheit 24.
Willenshandlung, äußere 19.
— innere 19, 22.
Willenstätigkeit und psychische Fähigkeiten 19.
— in der Hypnose 209.
— Übungen 359.
— Übung in der Hemmungsenergie 359.
— Übung in der Tatenergie 359f.
— Arbeits- und Beschäftigungstherapie 353ff.
— Erziehung zur Arbeit 360.
— äußere und innere 354f.

Willensvorgänge und Affekte 18f.
— einzelne 20.
— Endstadium 21.
— primitive 19.
— zusammengesetzte 20.
Willkürhandlungen 20.
Witz, als Quelle des Unbewußten 291.
Wundheilung, Psychotherapie bei 151.

Yohimbin, psychische Wirkung 170.

Zentralnervensystem, organische Erkrankungen 75.
Zielvorstellung 30.
Zirkulation, Änderungen unter psychischem Einfluß 78.
— Einfluß von Affekten 55ff.
— — — Digitalis 172.
— — des Kampfers 173.
— — von Luft- und Sonnenbädern 189.
Zittern, psychogen bedingtes, psychophysische Behandlung 380.
Zone, erogene 297.
Zuckerausscheidung, psychische Beeinflussung 478.
Zuckerstich 89.
Zufallshandlungen 285.
Zungenbiß bei Epilepsie 444.
Zwangsneurose, psychophysische Behandlung 418.
— das Wesen der Symbolik bei 418.
Zwangsvorstellungen im Hochgebirge 196.
Zwangszustände, psychophysische Behandlung 407.
Zweckarbeit 361f.
Zwitter, Halbseiten- 85.
Zyklothymie 32ff.
Zyklothymiker, Lebenseinstellung der 36.
— Psychomotilität 36.

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig.

t.4637
Psychophysiche Behandlungsmetho1925
Countway Library BAF2992
3 2044 045 296 001